

Pour le demande de remboursement: demandée est Cuvitru® y compris MiGel 03, aide d'application: pompe à perfusion pour administration sous-cutanée d'immunoglobuline à domicile (03.06.01.00.1), set de perfusion avec aiguille (03.07.15.05.1) et réservoir de pompe à perfusion (03.06.10.05.1)

**Limitatio:** Pour le traitement des syndromes provoqués par l'absence d'anticorps. Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.

**Données du patient/de la patiente:**

Nom:  Prénom:  Né(e) le:

sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Assurance:**  No d'assurance

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Données médicales :**

Présence d'un syndrome provoqué par l'absence d'anticorps.

Taux d'immunoglobulines actuel (aux normal d'IgG: 7-16 g/L chez les adultes):

Pour le typage de la maladie:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agammaglobulinémie congénitale                             | <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie congénitale |
| <input type="checkbox"/> Immunodéficience commune variable                          | <input type="checkbox"/> Immunodéficience combinée sévère  |
| <input type="checkbox"/> Déficit en sous-classes d'IgG avec infections récidivantes | <input type="checkbox"/> Déficit sélectif en IgA           |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Wiskott-Aldrich                                |  |

Dosage: Poids (kg):  Dosage (en grammes par kg de poids corporel):

Intervalle:  tous les  jours  tous les  semaines  
 autre, à savoir:

Durée prévue jusqu'à l'évaluation de la réponse (en semaines):

Remarques:

**Médecin requérant:**

Nom:  Prénom:

Adresse:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tél.:

Fax:  E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:

Date: