Tezspire® (Tezepelumab) - Demande de garantie de paiement des coûts

Données personelles du patient (de la patiente)

Nom: Prénom:

Rue:

NPA: Lieu:

né(e) le: sexe: N° AVS:

c/o Médecin-conseil

Assurance

Nom: Complément d'adresse du médecin-conseil:

Rue: No de l'assuré(e):

NPA: Lieu:

Limitatio:

Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.
Comme thérapie supplémentaire avec une dose de 210 mg toutes les 4 semaines chez les adultes souffrant d'asthme sévère de type 2 caractérisé par les critères suivants:

- Au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques **ET**
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.3 G/L **OU**
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.15 G/L et une valeur de FeNO ≥ 50 ppb.

Des corticostéroïdes systémiques ne sont pas utilisés comme traitement permanent pour la stabilisation de l'asthme.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 24 semaines et annuellement par la suite. La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge des frais sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé par une réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint.
Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.
Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Tezepelumab dans l'indication de l'asthme ne peuvent être effectués que par un spécialiste en pneumologie, en allergologie et en immunologie clinique.

☐ **Demande de garantie pour le début du traitement (1ère prescription)**

(Demande de garantie pour la poursuite du traitement à la page suivante)

(Les données médicales sont exclusivement destinées au médecin-conseil)

Asthme sévère selon ☐ Palier GINA 4 ou GINA 5

Si le palier GINA 4 ou GINA 5 entrent en ligne de compte, veuillez répondre:

Corticostéroïdes inhalés à haute dose plus contrôleur supplémentaire.

Préparation: Posologie:

Traitement intermittent par corticostéroïdes systémiques.

Préparation: Posologie:

No d'éosinophiles dans le sang (G/L) ≥ 0.3: Laboratoire du (date):

Si taux sanguin d'éosinophiles est compris entre ≥ 0.15 et 0.299 G/L, indiquer la valeur de FeNO:

≥4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré la posologie max. possible. Nombre:

Remarques, compléments d'information:

Tezspire® (Tezepelumab) - Demande de garantie de paiement des coûts

Limitatio:

Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.
Comme thérapie supplémentaire avec une dose de 210 mg toutes les 4 semaines chez les adultes souffrant d'asthme sévère de type 2 caractérisé par les critères suivants:

- Au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 mois précédents malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximales (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques ET
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.3 G/L **OU**
- un taux sanguin d'éosinophiles ≥ 0.15 G/L et une valeur de FeNO ≥ 50 ppb.

Des corticostéroïdes systémiques ne sont pas utilisés comme traitement permanent pour la stabilisation de l'asthme.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 24 semaines et annuellement par la suite. La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge des frais sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé par une réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint.
Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.
Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par Tezepelumab dans l'indication de l'asthme ne peuvent être effectués que par un spécialiste en pneumologie, en allergologie et en immunologie clinique.

☐ **Demande de garantie pour la poursuite de la therapie**

(Les données médicales sont exclusivement destinées au médecin-conseil)

Confirmation de la réussite de la thérapie: ☐ après 24 semaines ☐ tous les ans

Réduction des exacerbations cliniquement significatives de ≥50% par rapport au début du traitement et, par la suite, d'un type d›exacerbation maximal constant (selon limitation: réduction de ≥50%) ☐ s'applique ☐ ne s'applique pas

Au cours des 24 dernières sem. depuis le début de la thérapie: _____ Exacerbations

Au cours des 12 derniéres mois depuis le début de la thérapie: _____ Exacerbations

Remarques, compléments d'information:

Médecin-traitant

Est médecin spécialiste en:

Nom: Prénom: Titre:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Tél.: Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital: Département:

Date: Signature: