

**Médecin prescripteur :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Nom de l'assurance :** \_\_\_\_\_  
**Institut :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Tel / Fax :** \_\_\_\_\_  
**E-mail :** \_\_\_\_\_ **Lieu, date :** \_\_\_\_\_

**Demande de prise en charge des coûts pour le médicament HyQvia® (Immunoglobuline humaine normale)<sup>1</sup>**

**Pour la prise en charge des coûts :** En demandant HyQvia® doivent être inclus le matériel ci-après selon la liste MiGeL 03. Pompe à perfusion, portable pour administration sous-cutanée d'immunoglobuline à domicile (03.06.01.00.1), Set de perfusion avec aiguille, Réservoir pour pompe à perfusion.

<b>Assuré(e) :</b>
<b>Date de naissance :</b>
<b>Rue, n° :</b>
<b>NPA / localité :</b>
<b>Numéro d'assuré(e) :</b>

**Sexe:**                      féminin  
   masculin

Mesdames, Messieurs

Le /La patient(e) nommé(e) ci-dessus est assuré(e) par votre caisse-maladie. Il/elle souffre d'immunodéficience. C'est pourquoi je demande une couverture des coûts pour une prophylaxie à long terme avec HyQvia®.

**Limitatio (voir la Liste des Spécialités)<sup>2</sup>**

*Traitement substitutif chez les adultes atteints de déficits immunitaires primitifs :*

- *agammaglobulinémie innée et hypogammaglobulinémie*
- *déficit immunitaire commun variable (Common variable immunodeficiency, CVID)*
- *déficits immunitaires combinés graves*
- *déficit en sous-classes d'IgG avec infections bactériennes récurrentes*

*Pour lesquels il a été démontré qu'un traitement par IVIg ou SClg sans la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20) :*

- *n'est pas toléré **ou***
- *est rendu impossible en raison d'un mauvais accès veineux **ou***
- *est associée à des durcissements et à une augmentation de la sensation de douleur au niveau de la peau à la suite de injections fréquentes.*

*Prise en charge si la caisse a donné une garantie spéciale.*

Diagnostic	Type de déficit immunitaire primitif
Déficits immunitaires primitifs	Agammaglobulinémie innée et hypogammaglobulinémie Déficit immunitaire commun variable (Common variable immunodeficiency, CVID) Déficits immunitaires combinés graves Déficit en sous-classes d'IgG avec infections bactériennes récurrentes
<b>HyQvia est indiqué pour ce/cette patiente car un traitement par IVIg ou SCIg sans la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20) :</b>	
<b>Commentaire</b>	
n'est pas toléré	
est rendu impossible en raison d'un mauvais accès veineux	
est associée à des durcissements et à une augmentation de la sensation de douleur au niveau de la peau à la suite de injections fréquentes	

**Dosage :**

Poids (kg):

Dosage en g/kg de poids corporel :

**Intervalle de dosage**

1 x toutes les Semaines

Autre :

---

**Remarques**

---

Avec mes meilleures salutations,

**Nom**

**Adresse**

**Date, Signature**

---

**Références**

1. Information professionnelle HyQvia : [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch)
2. Liste des Spécialités (SL), accessible à l'adresse <https://www.xn--spezialittenliste-yqb.ch/ShowPreparations.aspx>