

Cuvitru® (Immunoglobulinum humanum normale) **Formulaire de demande de garantie de prise en charge des coûts**

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. (voir [LS.](#))

Données du patient:

Nom: Prénom: Né le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

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

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil): Diagnostic:

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"/> Immunodéficiences communes variables | <input type="checkbox"/> Immunodéficiences combinées sévères |
| <input type="checkbox"/> Déficits en sous-classes d'IgG avec infections récurrentes | <input type="checkbox"/> Déficits sélectifs 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

autres, à savoir:

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

Remarques:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:

Timbre/signature:.....