

**Demande de prise en charge du médicament
ORLADEYO ou TAKHZYRO**

Matricule du patient

Nom et prénom

Nom du médecin prescripteur

Code médecin

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ **Demande initiale** (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge de patients atteints d'angio-œdème héréditaire (AOH), certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus est âgé(e) de 12 ans au moins et remplit les critères statutaires de prise en charge du médicament :

☐ ORLADEYO

☐ TAKHZYRO

- Les médicaments ORLADEYO et TAKHZYRO sont des traitements préventifs de routine des crises récurrentes d'AOH qui ne peuvent être utilisés qu'après l'échec thérapeutique d'un traitement médicamenteux de première ligne inclus dans le code ATC B06AC01 (inhibiteur de la C1 estérase).
- Veuillez indiquer le(s) traitement(s) suivant(s), inclus dans les codes ATC B06AC*, qui n'a (ont) pas permis de traiter ou de prévenir efficacement et durablement les crises d'angio-œdème de l'assuré(e):

.....
.....

☐ **Demande de prolongation** (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) répond favorablement au traitement et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois au moyen du médicament :

☐ ORLADEYO

☐ TAKHZYRO

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date