Annexe B: Modèle du formulaire standardisé avec description clinique pour la 1ère demande (à garder)
Formulaire standardisé de description clinique pour une première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de saproptérine (§ 5640000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments relatifs au diagnostic et à la réponse au test de confirmation avec cette spécialité :

- Age auquel le diagnostic a été posé: ⊔⊔ ans ou ⊔⊔ mois
- Concentration plasmatique de phénylalanine à la pose du diagnostic :

- Age actuel: ⊔⊔ ans
- Conditions relatives à l'âge et aux taux récents de phénylalanine

Analyses récentes:	Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)
	Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)
	Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)

(valeurs limites pour le remboursement:
Taux de phénylalanine > 5 mg/dl ou 300 µmol/l chez les enfants de 4 à 18 ans,
Taux de phénylalanine > 15 mg/dl ou 900 µmol/l chez les adultes
Taux de phénylalanine > 5 mg/dl ou 300 µmol/l chez les adultes enceintes ou qui souhaitent le devenir

- Conditions relatives au suivi d'un régime alimentaire à faible teneur en phénylalanine : valeur cible récente pour la phénylalanine:
  ⊔⊔ mg/dl ou ⊔⊔⊔ µmol/l

- Réponse après le test de confirmation de 4 semaines de traitement pendant lesquelles une dose maximale de 20 mg/kg/jour a été administrée, taux de phénylalanine en mg/dl : ⊔⊔ (ou ⊔⊔⊔ µmol/l), ce qui correspond à une diminution de ⊔⊔ %

⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (date)

(cachet) …….. (signature du médecin)