Annexe D: Modèle de formulaire standardisé avec description clinique pour la prolongation (à conserver)

Formulaire standardisé de description clinique pour la prolongation du 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)

<u>Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :</u>

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

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

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

Les 4 dernières analyses qui ont été effectuées à un intervalle minimal de 2 mois:

Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date	⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	taux en mg/dl :	(ou . . . µmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %

(taux de phénylalanine avant le traitement avec cette spécialité: en mg/dl : ⊔⊔ (ou ⊔⊔⊔ µmol/l))

⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (date)

(cachet)

…….. (signature du médecin)