

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Traitement initial pour les enfants de 6 à 11 ans

Limitatio: voir liste des spécialités ([lien](#)).

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Données de la patiente / du patient:Nom: Prénom: Né(e) 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 (à l'intention exclusivement du médecin-conseil):** La patiente / le patient susmentionné(e) présente une mucoviscidose. La présence d'au moins une mutation *F508del* du gène *CFTR* a été confirmée

Le diagnostic, la prescription initiale et la surveillance du traitement ont été/sont effectués par un centre disposant de l'expérience dans le traitement de la mucoviscidose (voir limitatio)

Nom: Lieu: Documentation de l'évolution du traitement dans le registre européen de mucoviscidose

Zum Beginn der Therapie mit Trikafta®:

 Le traitement commence (MM/AAAA): Le traitement est en cours depuis(MM/AAAA):

Commentaires, informations supplémentaires:

Médecin requérant:Nom: Prénom: Rue: NPA: Lieu: Tél. Fax: E-Mail: Exercant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département: Date: