

Fiche d'accès au traitement Skyclarys® (omaveloxolone) à destination du laboratoire BIOGEN

Date de la demande :		
Nom du patient : _ _ _	Prénom : _ _	Poids (kg) : _ _ _
Date de naissance : _____	Sexe : _____	Taille (cm) : _ _ _
Ataxie de Friedreich	Date du diagnostic :	Score SARA : ____

Traitement déjà débuté dans le cadre d'un AC ou autre situation : ____

Traitements antérieurs pour la même maladie rare

Traitements antérieurs	Date de début	Date d'arrêt

Traitements concomitants en lien avec la même maladie rare et/ou soins de support

Traitements concomitants	Dose journalière moyenne	Date de début
	____ [unité]	
	____ [unité]	
	____ [unité]	

Comorbidités

- Patient ambulatoire ? ____
- Patient avec une cardiopathie ? ____
- Patient avec un pes cavus ? ____

Biologie

- ALAT (_ _ / _ _ / _ _) ____ UI/L
- ASAT (_ _ / _ _ / _ _) ____ UI/L
- BNP (_ _ / _ _ / _ _) ____ pg/mL
- ou ProBNP (_ _ / _ _ / _ _) ____ pg/mL

Traitement avec Skyclarys® (Omaveloxolone)

Posologie envisagée : ____ [unité]

Durée envisagée : ____ [unité]

Dose : ____ [unité]

Fréquence : ____ [unité]

Engagement du prescripteur

- Je certifie que le patient remplit les critères d'éligibilité et ne remplit aucun des critères de non-éligibilité
- J'ai remis les documents d'information au patient et certifie que le patient a été informé de la collecte de ses données à caractère personnel

Médecin prescripteur : _____ CRMR : _____ N° RPPS : _____ Numéro FINESS : _____ E-mail : xxx@domaine.com	Pharmacien : _____ N° RPPS : _____ Tél : _____ E-mail : _____ Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Signature du pharmacien : _____
--	---