

**Fiche d'accès au traitement Takhzyro®
(lanadelumab) à destination du laboratoire
TAKEDA**

Date de la demande :

Nom du patient : | _ | _ | _ | **Prénom:** | _ | _ | **Poids (kg) :** | _ | _ | _ |

Date de naissance : MM/AAAA **Sexe :** _____ **Taille (cm):** | _ | _ | _ |

Angio-oedème bradykinique héréditaire de type I

Nombre de crises d'AOH sur les 12 derniers mois: _____

Nombre de crises ORL sur les 12 derniers mois: _____

Nombre de crises abdominales sur les 12 derniers mois: _____

Nombre d'hospitalisations liées à l'AOH dans les 12 derniers mois: _____

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 |
|-------------------------|---------------|--------------|
| [Référéntiel Thériaque] | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |
| [Référéntiel Thériaque] | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |
| [Référéntiel Thériaque] | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |

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

| Traitements concomitants | Dose journalière moyenne | Date de début |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| [Référéntiel Thériaque] | _____ [unité] | JJ/MM/AAAA |
| [Référéntiel Thériaque] | _____ [unité] | JJ/MM/AAAA |
| [Référéntiel Thériaque] | _____ [unité] | JJ/MM/AAAA |

Comorbidités

- Comorbidité 1 : _____
- Comorbidité 2 : _____
- Comorbidité N : _____

Biologie

- Paramètre 1 (unité) _____
- Paramètre 2 (unité) _____
- Paramètre 3 (unité) _____

Traitement avec Takhzyro® (lanadelumab)

Posologie envisagée : _____ [unité]

Durée envisagée : _____ [unité]

Dose : _____ [unité]

Fréquence : _____ [unité]

Nom du patient : | _ | _ | _ |

Prénom : | _ | _ |

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 :|