

Demande de garantie de prise en charge pour le médicament DUPIXENT® (dupilumab) 300 mg en cas de PNS (Code 20819.06)

Nom de l'assurance

Médecin conseil

Rue / n°

NPA / Lieu

Patient.e

Nom

Prénom

Numéro d'assuré.e

Première demande

Renouvellement de la garantie de prise en charge après un traitement préalable selon l'article 71

(pour confirmation de la conformité à la limitation)

La limitation pour un traitement par DUPIXENT® est remplie lorsque tous les critères mentionnés dans les catégories A-F et au moins 1 autre de la catégorie G sont applicables :

A : Âge

Patient.e adulte



B : Diagnostic

Polypes nasaux bilatéraux



C : Traitements préalables

Récidive / contre-indication dans les 2 ans

Après traitement standard par corticostéroïdes topiques et systémiques



Après au moins 1 intervention chirurgicale



Confirmation de la persistance des symptômes pendant au moins 12 semaines

D : Degré de sévérité objectif

Score des polypes nasaux (NPS) ≥ 5 (domaine 0 à 8), dont au moins 2 dans chaque cavité nasale :

Valeur côté gauche :

Valeur côté droit :



E : Degré de sévérité subjectif

Score Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) ≥ 50 (intervalle de 0 à 110)

Valeur :



F : Degré de sévérité en respiration nasale

Score de congestion nasale (NCS) ≥ 2 (intervalle de 0 à 3)

Valeur :



et au moins un symptôme supplémentaire comme ...

G1 : Hyposmie/anosmie

Test d'identification des odeurs de l'Université de Pennsylvanie (UPSIT) ≤ 25 (intervalle de 0 à 40)

Valeur :



ou

G2 : Hyposmie/anosmie

Sniffin' Sticks Test comprenant au moins 16 items ≤ 10

Valeur :



ou

G3 : Rhinorrhée

Antérieur



ou

G4 : Rhinorrhée

Postérieur



Confirmation (si la demande de prise en charge n'est pas faite par le médecin spécialisé en ORL) :

Par la présente, je confirme que, lors de la première prescription, l'examen et l'évaluation des paramètres rhinoscopiques au début du traitement et lors du contrôle ainsi que la pose du diagnostic de PNS ont été réalisés par un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie.

Informations complémentaires :

**Confirmation de la réussite du traitement / demande de poursuite
du traitement par DUPIXENT®**

Début du traitement :

Le succès du traitement est donné lorsque 3 des 5 conditions suivantes sont remplies :

1 **Amélioration du score NPS $\geq 1,0$**

NPS avant le traitement :

NPS actuel :

2 **Amélioration du score SNOT-22 $\geq 9,0$**

SNOT-22 avant le traitement :

SNOT-22 actuel :

3 **Réduction du besoin en corticostéroïdes :**

- Maximum 1 corticothérapie orale sur une période de 6 mois

ET

- Dose cumulée annuelle maximale de 250 mg/an d'un équivalent de la prednisone

Avant le traitement :

Nombre d'utilisations de la corticothérapie orale/an :

Dose cumulée/an d'un équivalent de la prednisone :

Actuellement :

Utilisation de corticostéroïdes au cours des 6 derniers mois :

Dose cumulée d'un équivalent de la prednisone au cours des 12 derniers mois :

4 **Amélioration de l'odorat :**

- Amélioration de l'UPSIT d'au moins 10 % ou, en cas d'anosmie, amélioration minimale atteinte sur 19 points **OU**
- Amélioration du Sniffin' Sticks Test comprenant au moins 16 items d'au moins 2 points ou, en cas d'anosmie, amélioration minimale atteinte sur 8 points

Avant le traitement :

UPSIT

Sniffin' Sticks Test

Actuellement :

UPSIT

Sniffin' Sticks Test

5 **Amélioration des comorbidités** cliniquement significative (concernant les indications remboursées de DUPIXENT®)

Comorbidité(s) existante(s) :

Dermatite atopique

Asthme

Confirmation (si la demande de prise en charge n'est pas faite par le médecin spécialisé en ORL) :

Par la présente, je confirme que, lors de la première prescription, l'examen et l'évaluation des paramètres rhinoscopiques au début du traitement et lors du contrôle ainsi que la pose du diagnostic de PNS ont été réalisés par un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie.

Informations complémentaires :

Médicament objet de la demande : DUPIXENT® (dupilumab) 300 mg toutes les 2 semaines sous forme de seringue préremplie ou de stylo prérempli

Indication : polypose naso-sinusienne (PNS) sévère

Indication selon l'information professionnelle : DUPIXENT® est indiqué en tant que traitement additionnel aux corticostéroïdes par voie nasale chez les adultes présentant une PNS sévère qui ne peut pas être suffisamment contrôlée par des corticostéroïdes systémiques et/ou une intervention chirurgicale.

Fiche de données **Coordonnées du patient/de la patiente et médecin prescripteur**

Patient.e

Nom de l'assurance maladie

Numéro d'assuré.e

Nom

Prénom

Date de naissance

Langue

Allemand

Français

Italien

Rue / n°

NPA

Lieu

Tél.

E-mail

Médecin prescripteur

Hôpital/cabinet médical

N° RCC

Nom

Prénom

Spécialisation

Rue / n°

Case postale

NPA

Lieu

Tél.

Fax

E-mail

En signant ce document, je confirme l'exactitude des informations fournies.

Adresse/cachet/signature du médecin prescripteur

Lieu

Date