

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CINRYZE prescrite, dans **le traitement des crises aiguës** d'angio-œdème héréditaire de type I et II chez l'adulte ou l'adolescent (§6470100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001), ou **avant une intervention pour la prévention des crises d'angioedème** chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (§6470200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001), ou pour **la prévention systématique des crises d'angioedème** chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (§6470300 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de CINRYZE (cochez les cases appropriées):

Version valable à partir du 01.05.2013

