Annexe D: Modèle de formulaire standardisé avec description clinique pour la prolongation (à conserver)

Formulaire standardisé de description clinique pour la prolongation du remboursement de la spécialité KUVAN (§ 5640000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

..... (signature du médecin)

Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

(cachet)

Les 4 dernières analyses qui ont été effectuées à un intervalle minimal de 2 mois:

Date		taux en mg/dl :	(ou μmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date		taux en mg/dl :	(ou μmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date		taux en mg/dl :	(ou μmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
Date		taux en mg/dl:	(ouμmol/l)	= diminution de ⊔⊔ %
(taux de phénylalanine avant le traitement avec KUVAN: en mg/dl : ⊔⊔ (ou ⊔⊔⊔ μmol/l)) ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (date)				