

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

|||||

- Age auquel le diagnostic a été posé:  ans ou  mois
- Concentration plasmatique de phénylalanine à la pose du diagnostic :

- Age actuel: □□ ans
- Conditions relatives à l'âge et aux taux récents de phénylalanine

Analyses récentes:      Date     /  /       taux en mg/dl :      (ou ...  $\mu$ mol/l)  
                                  Date     /  /       taux en mg/dl :      (ou ...  $\mu$ mol/l)  
                                  Date     /  /       taux en mg/dl :      (ou ...  $\mu$ mol/l)

Taux de phénylalanine > 5 mg/dl ou 300 µmol/l chez les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir)

- Conditions relatives au suivi d'un régime alimentaire à faible teneur en phénylalanine : valeur cible récente pour la phénylalanine :  $\leq 2$  mg/dl ou  $\leq 120$   $\mu$ mol/l
- Réponse après le test de confirmation de 4 semaines de traitement pendant lesquelles une dose maximale de 20 mg/kg/jour a été administrée, taux de phénylalanine en mg/dl :  $\leq 2$  (ou  $\leq 120$   $\mu$ mol/l), ce qui correspond à une diminution de  $\geq 30$  %
- Si d'application: le patient a été traité pendant ..... mois (au moins 3) avec des conditionnements non remboursés de KUVAN à une dose maximale de 20 mg/kg/jour, avant l'entrée en vigueur de cette réglementation. Les deux dernières analyses, qui ont été effectuées à un intervalle minimum de 2 mois, démontrent le maintien des taux de phénylalanine à une valeur qui est 30 % inférieure à celle d'avant le traitement avec KUVAN.

Date       /  /

Date       /  /

taux en mg/dl :      (ou ...  $\mu$ mol/l)

taux en mg/dl :      (ou ...  $\mu$ mol/l)

□□/□□/□□□□ (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)