

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)

[illegible]

Date	__ / __ / ____	taux en mg/dl :	(ou ... μ mol/l)	= diminution de __ %
Date	__ / __ / ____	taux en mg/dl :	(ou ... μ mol/l)	= diminution de __ %
Date	__ / __ / ____	taux en mg/dl :	(ou ... μ mol/l)	= diminution de __ %
Date	__ / __ / ____	taux en mg/dl :	(ou ... μ mol/l)	= diminution de __ %

(cachet)

..... (signature du médecin)