

|  |  |
| --- | --- |
| Prescripteur  Nom : ……………………………………  N° RPPS : ……………………………….  Hôpital : …….……………………………  Service : ………………………………….  UA : ……………Téléphone : ……………………. | Patient  Nom : ……………………………………..  Prénom : …………………………………..  Date de naissance : ……………………….  NIP/NDA : ………………………………..  Poids (Kg) : ………Surface corporelle (m2) : ………… |
| Indication AMM prise en charge en sus des GHS [code indication][[1]](#footnote-1) | | |
| 🞎 **Traitement de fond préventif au long terme** chez les patients âgés de **12 ans et plus**, présentant des crises  sévères et récidivantes **d’angioedème héréditaire (AOH)** et intolérants ou **insuffisamment contrôlés par des**  **traitements préventifs de première intention** bien conduits pendant 3 à 6 mois.[I000515] | | |
| **Indication AMM non prise en charge en sus des GHS** | | |
| 🞎 **Traitement de fond préventif au long terme** chez les patients âgés de **12 ans et plus**, présentant des crises sévères et récidivantes **d’angioedème héréditaire (AOH),** naïfs de traitements préventifs de **1ère intention** *(SMR insuffisant)[[2]](#footnote-2).* | | |
| Autre motif de prescription (à justifier dans le dossier du patient) | | |
| Préciser …………………………………………………………………………………………………. | | |
| Prescription | | |
| *Le traitement par Takhzyro® doit être initié sous la surveillance d’un médecin expérimenté dans la prise en charge des patients atteints d’angio-oedème héréditaire (AOH).* Lanadelumab, voie sous-cutanée : …….mg toutes les ….. semaines pendant ….. mois. Voie SC  ***Dose initiale recommandée****: 300 mg de lanadelumab toutes les 2 semaines.*  *Chez les patients présentant une absence stable de crise sous traitement par lanadelumab, une réduction de dose à 300 mg toutes les 4 semaines peut être envisagée (en particulier chez les patients de faible poids)*  ***Takhzyro® n’est pas destiné au traitement des crises aiguës d’AOH.***  Date : …. /…. /…… Signature : | | |
| Cadre réservé à la Pharmacie | | |
| *Conserver au réfrigérateur entre +2 et +8°C - Ne pas congeler - Conserver dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière* | | |
| Médicament dispensé Quantité Numéro d’ordonnancier  **TAKHZYRO® 300mg/2ml solution injectable (flacon)**  UCD: 9444052 (Prix[[3]](#footnote-3): 11 721,08€) ……… ………………………….  **TAKHZYRO® 300mg/2ml solution injectable (seringue pré-remplie)**  UCD: 9000664 (Prix3: 11 721,08€) ……… ………………………….    Date : …. /…. /…… Signature : | | |

**Traçabilité :** le nom de spécialité et le n° de lot du médicament administré doivent être clairement enregistrés dans le dossier du patient.

1. Code indication. Cf. [référentiel liste en sus](http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la) et [actualité](http://www.omedit-idf.fr/financement-a-lindication-nouvelles-modalites-de-recueil-de-transmission-donnees-2018/) sur le site de l’OMEDIT IDF. [↑](#footnote-ref-1)
2. [Avis HAS- CT 05/06/19](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17546_TAKHZYRO_PIC_INS_Avis3_CT17546.pdf): SMR insuffisant. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tarif de responsabilité TTC en vigueur. [↑](#footnote-ref-3)