



Formulaire «Demande de prise en charge par l'AI de médicaments Off-label»

Données personnelles

Nom	Prénom
Numéro AVS	Date de naissance

Sexe: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Grandeur (cm) <input type="text"/>	Poids (kg) <input type="text"/>
Office AI		
Diagnostic et chiffre OIC		
Médicament demandé	<input type="checkbox"/> Sur la LS, demande en dehors de l'information professionnelle ou de la limitation de la LS	
	<input type="checkbox"/> Autorisé par Swissmedic mais pas sur la LS	
	<input type="checkbox"/> Importé (pas autorisé en CH)	
• Dosage		
• Nombre de cycles thérapeutiques resp. durée du traitement		
• Utilisation combinée avec d'autre(s) médicament(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Si oui, le(s)quel(s)		
• Justification du choix du médicament		
• Traitement antérieur et déroulement du traitement (joindre des copies des rapports médicaux correspondants).		
Pronostic de la maladie	Sans le médicament demandé	
	Avec le médicament demandé selon les études jointes)	
Quelles sont les alternatives thérapeutiques existantes		

Après quelle durée de traitement est-il possible de se prononcer sur le succès du traitement clinique ?		
Base scientifique pour le choix de la thérapie (publication publiquement disponible, références). L'étude publiée la plus pertinente doit être incluse.		
Coûts de traitement annuels prévus (avec indication de la source).		
Médecin demandeur	Nom/Prénom	Cabinet / Hôpital (avec l'adresse)