

**ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande:**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ravulizumab (§ 12160200 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1<sup>er</sup> février 2018) dans le cadre de l'utilisation prophylactique chez un bénéficiaire souffrant du syndrome hémolytique urémique atypique qui aura une transplantation rénale

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)  
\_\_\_\_\_ (prénom)  
\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par le médecin-spécialiste:**

Je soussigné, médecin-spécialiste en néphrologie, ayant l'expérience de la prise en charge des bénéficiaires atteints de Syndrome Hémolytique et Urémique atypique et attaché à un hôpital universitaire, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'un syndrome hémolytique et urémique atypique (SHU atypique) et qu'il remplit toutes les conditions suivantes relatives au diagnostic de HUS figurant au point a) du § 12160200 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1<sup>er</sup> février 2018:

- Une anémie micro-angiopathique hémolytique, en combinaison ou non avec une thrombocytopénie (avec <150.000 thrombocytes/mm<sup>3</sup> ou une diminution du nombre de thrombocytes par >25% comparé à la valeur initiale), et avec un Coombs direct négatif, une augmentation du LDH, une diminution de l'hémoglobine et/ou une haptoglobine diminuée et/ou réticulocytose et >1% de schistocytes.
- ET une activité ADAMTS13 de >10%, et la présence d'un ou plusieurs des facteurs suivants:
  - symptômes neurologiques comme la confusion, AVC, insultes épileptiques et coma,
  - ET/OU affection rénale avec une augmentation de la créatinine sérique, une diminution du TFG et/ou protéinurie et/ou hématurie,
  - ET/OU des caractéristiques pathologiques de la thrombose micro-angiopathique dans la biopsie rénale,
  - ET/OU des symptômes gastro-intestinaux, comme diarrhée, nausée, vomissement, douleur abdominale et gastro-entérite,
  - ET/OU affection cardiovasculaire avec cardiomyopathie et/ou infarctus cardiaque.

J'atteste que les autres causes de microangiopathie thrombotique et d'aHUS ont été éliminées figurant au point a) de ce paragraphe.

Je m'engage à suivre strictement le schéma posologique de ravulizumab concernant l'utilisation prophylactique chez les bénéficiaires qui auront une transplantation rénale, comme repris dans point b) de ce paragraphe.

En outre,

1. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :

Je suis attaché depuis le à l'hôpital mentionné ci-après:

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....  
.....  
.....  
.....

Je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée.

