

# Fiche d'initiation de traitement

(Première administration)  
À remplir par le prescripteur / pharmacien

Date de la visite : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Identification du patient

Nom du patient (3 premières lettres) : | \_ | \_ | \_ | Prénom (2 premières lettres) : | \_ | \_ |

N° patient d'accès précoce (n° centre – ordre de création patient) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Maladie et biologie

Des modifications majeures sont-elles survenues depuis la demande d'accès précoce ?

Oui  Non

Si oui, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

## Engagement du prescripteur

Je confirme que le patient remplit toujours les critères d'éligibilité à l'accès précoce :  Oui  Non

## Conditions d'utilisation

Date de 1<sup>ère</sup> administration : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Posologie et durée prescrite du traitement

À ne compléter que si différent de la fiche de demande de traitement.

Si des écarts par rapport à la posologie recommandées sont effectuées, merci de les justifier.

La dose recommandée est 1 seringue de 25 mg tous les 3 mois.

Administration selon ces modalités :  Oui  Non

Si non précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

## Évaluation de l'effet du traitement par AMVUTTRA (vutrisiran)

### Variables d'efficacité

A compléter si différent de la fiche de demande

<b>Stade PND</b> (voir fiche page 21)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV
<b>Score NIS</b> ( <i>Neuropathy Impairment Score</i> ) (voir fiche page 20)	_____ / 88 points

## Handicap

**Score R-ODS (Rasch-built Overall Disability Scale) (sur la base de l'auto-questionnaire rempli par le patient, voir page 22**

\_\_\_\_\_ / 48 points

### Effet(s) indésirable(s)/ Situation(s) particulière(s)

Y a-t-il eu apparition d'effet(s) indésirable(s) immédiat(s) ou une situation particulière à déclarer ?

Oui  Non

Si **oui**, procéder à leur déclaration auprès du CRPV géographique via le système national de déclaration : [www.signalement.social-sante.gouv](http://www.signalement.social-sante.gouv)

Médecin prescripteur	Pharmacien
Nom/Prénom : _____	Nom/Prénom : _____
Spécialité : _____	N° RPPS : _____
N° RPPS : _____	Hôpital :
Hôpital :	<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHG <input type="checkbox"/> CLCC <input type="checkbox"/> centre privé
<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHG <input type="checkbox"/> CLCC <input type="checkbox"/> centre privé	Numéro FINESS : _____
Numéro FINESS : _____	Tél : Numéro de téléphone.
Tél : Numéro de téléphone.	E-mail : xxx@domaine.com
E-mail : xxx@domaine.com	Date : ___/___/___
Date : ___/___/___	Cachet et signature du pharmacien :
Cachet et signature du médecin :	