

Fiche de suivi de traitement

(Visites après la première administration)

À remplir par le prescripteur/pharmacien

Pour rappel, la collecte des données continue après l'arrêt de traitement jusqu'à la fin de l'accès précoce

Date de la visite : __/__/____

Visite de suivi n° M3 M6 M9 M12 M18

Identification du patient

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

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

Conditions d'utilisation

Date de l'administration : __/__/____

Posologie et durée prescrite

À ne compléter que si différent de la fiche d'initiation ou de la dernière injection de traitement.

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

Modification de la dose depuis la dernière visite : Oui Non

Si oui, précisez :

- La date de la modification : __/__/____
- Les motifs : _____
- La nouvelle dose administrée : _____ mg
- Fréquence d'administration : _____

Interruption/arrêt temporaire de traitement Oui Non

Si oui, préciser les raisons :

Interruption temporaire du traitement depuis la dernière visite* : Oui Non

Si oui, précisez :

- Les motifs : _____
- La date de reprise : __/__/____
- La dose administrée à la reprise : _____ mg

Arrêt définitif du traitement depuis la dernière visite** : Oui Non

* Si la modification de traitement est due à un effet indésirable, veuillez déclarer auprès du CRPV géographique via le système national de déclaration : www.signalement.social-sante.gouv

** Dans le cas d'un arrêt définitif de traitement, veuillez remplir la fiche d'arrêt de traitement.

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

Variables d'efficacité

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

Handicap

Handicap	
Score R-ODS (<i>Rasch-built Overall Disability Scale</i>) (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) ou une situation particulière à déclarer depuis la dernière visite ? Oui Non

Si oui, procéder à leur déclaration auprès du CRPV géographique via le système national de déclaration : www.signalement.social-sante.gouv

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