

**Nouvelle procédure  
de prise en charge des médicaments spécifiques**

---

**Médicaments hors nomenclature  
à soumettre à l'avis de la Commission médicale  
de la Polyclinique El Omrane**

**Médicaments de la chimiothérapie anti-cancéreuse**

- tumorale
- hématologique

**Gastro-entérologie**

- anti-viraux (hépatite)
  - interféron alpha
  - ribavirine
  - lamivudine

**Rhumatologie**

- anti-TNF

**Endocrinologie**

- hormone de croissance

**Néphrologie**

- érythropoïétine

**Déficits enzymatiques**

**Tout autre produit hors nomenclature non inscrit sur la liste des médicaments dont l'octroi par les commissions médicales régionales est autorisé.**

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN PRODUIT  
PHARMACEUTIQUE HORS NOMENCLATURE**

Nom et Prénom de l'Assuré (e) social (e): .....

Matricule

Adresse : .....

**Partie à remplir par le médecin traitant :**

Nom et Prénom du patient : .....

Date de naissance :

Diagnostic : .....

Date de début de la maladie : .....

Nom du produit : .....

Posologie : .....

Durée du traitement : .....

Préciser les médicaments de la nomenclature des hôpitaux antérieurement prescrits ,le motif du changement de thérapeutique ou à défaut celui de la non prescription des produits de la nomenclature des hôpitaux : .....

En cas d'une prolongation du traitement :

-Date de la 1<sup>ère</sup> prescription : .....

Signature et cachet du médecin traitant

**Remarque importante :** Cette demande n'est valable que pour un produit vital ou indispensable; qui n'a pas d'équivalent ou/et qui n'est pas substituable par un produit de la nomenclature des hôpitaux. Pour certains traitement; certains tests ou examens complémentaires effectués (Biologiques, radiologiques, etc..) peuvent être exigés.

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN PRODUIT  
PHARMACEUTIQUE HORS NOMENCLATURE**

Nom et Prénom de l'Assuré (e) social (e):.....

Matricule

Adresse : .....

Partie à remplir par le médecin traitant :

Nom et Prénom du patient (e):.....

Date de naissance :

Nom et Prénom du patient (e) : .....

Date de naissance

Nature de la stérilité (primaire ou secondaire) :

Préciser s'il y a eu d'enfants au sein du couple (s'il s'agit d'un remariage)

Exploration concernant la conjointe :

- 1- Echographie pelvienne : .....
- 2- Test post coital : .....
- 3- Hystérogaphie : .....
- 4- Hystérogaphie sélective : si obstruction tubaire proximale : .....
- 5- Monitoring de l'ovulation : .....
- 6- Bilan hormonal : (selon la clinique) : .....

7- Coelioscopie indiquée : .....

**Exploration concernant le conjoint :**

1- Spermogramme de base et spermoculture : .....

2- Cariotype si azoospermie . Secrétoire ou oligoasthéropermie sévère : .....

**BILAN INFECTIEUX POUR LE COUPLE EN CAS DE FIV OU ICSI :**

Ac anti-HCV, Ag Hbs, séro Hiv, Syph, Chlamydiae

.....  
.....  
.....  
Produits demandés .....

.....  
.....  
.....  
Préciser la nature et la date des essais antérieurs s'il y a lieu : .....

.....  
.....  
.....  
Lieu et date de l'acte envisagé : .....

Signature et cachet du médecin traitant

**REMARQUE IMPORTANTE :** Ce formulaire destiné au contrôle médical de la caisse doit être accompagné de l'original ou d'une copie conforme du résultat des explorations (analyses) ayant permis le diagnostic.

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN PRODUIT  
PHARMACEUTIQUE HORS NOMENCLATURE**

Nom et Prénom de l'Assuré (e) social (e): .....

Matricule

Adresse : .....

Partie à remplir par le médecin traitant :

Nom et Prénom du patient : .....

Date de naissance :

**I-IL S'AGIT D'UNE PREMIERE DEMANDE :**

- 1- Histoire de la maladie :

\* Début : .....

\* Clinique : .....

2- Résultats biologiques

\* Transaminases : .....

\* NFS : .....

\* Plaquettes : .....

\*Sérologie virale HEPATITE B

Ag Hbs : .....

Ag Hbe : .....

Ac Anti Hbe : .....

\*Sérologie virale HEPATITE C

Ac-Anti HVC : .....

3- Biologie moléculaire :

Hépatite B:

P.C.R qualitative positive  négative

**Hépatite C**

PCR qualitative :    positive     négative   

Charge virale : .....

Génotypage : .....

**4- Ponction biopsie hépatique :**

Score de Knodell : .....

Score Metavir : .....

**5- Si traitement antérieur :**

Préciser traitement, durée, résultats : .....

.....

.....

**II- IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PROLONGATION**

Résultats transaminases : .....

- Marqueurs viraux : .....

- PCR: .....

.....

.....

Signature et cachet du médecin traitant

**OBSERVATION** : Afin d'être en mesure de répondre rapidement à votre demande , je vous prie de bien vouloir nous fournir à travers votre médecin et sous pli confidentiel, les renseignements médicaux et **obligatoirement une copie des résultats des examens complémentaires justifiant la demande.**

**DEMANDÉ DE PRISE EN CHARGE D'UN PRODUIT  
PHARMACEUTIQUE HORS NOMENCLATURE**

Nom et Prénom de l'Assuré (e) social (e): .....

Matricule

Adresse : .....

---

Partie à remplir par le médecin traitant :

Nom et Prénom du patient : .....

Date de naissance :

Diagnostic : .....

Date de début de la maladie : .....

Préciser s'il y a lieu l'évolution de la maladie : dates, Nbr et sièges des rechutes :  
.....  
.....  
.....

Produits demandés : Préciser le nom , la présentation, la posologie exacte et la durée du traitement  
.....  
.....  
.....  
.....

**Date et lieu où est prévue l'administration du traitement :** .....

**Précisez :**

- La classification médicale initiale et les caractéristiques tumorales :

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

- Les autres traitements suivis (en dehors des produits demandés, s'il y a lieu) :

.....  
.....

- Les traitements antérieurs à la présente prescription :

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

**En cas d'une demande de prolongation du traitement : précisez les éléments de l'évaluation de l'effet du traitement initialement accordé :**

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

**Observations :**

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

**Signature et cachet du médecin traitant**