Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Domaine Assurance-invalidité

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

Données personnelles

Nom	Prénom
Numéro AVS	**Date de naissance**

Sexe: ☐ ♀ ☐ ♂	Grandeur (cm)	Poids (kg)
Office AI		
Diagnostic et chiffre OIC		
Médicament demandé		
	☐ Sur la LS, demande en dehors de l'information professionnelle ou de la limitation de la LS	
	☐ Autorisé par Swissmedic mais pas sur la LS	
	☐ Importé (pas autorisé en CH)	
• Dosage		
• Nombre de cycles thérapeutiques resp. durée du traitement		
• Utilisation combinée avec d'autre(s) médicament(s)	☐ Oui ☐ 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)