

**Département 37 :**

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

ORDONNANCE VYEPTI®

à destination de la Pharmacie

Demande de prise en charge en HAD dans le cadre de l'administration de Vyepti®

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Médecin : N° RPPS :

Etablissement : Service : Tél. :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

IPP : Date de naissance : --- / --- / --- Poids : kg

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

PRESCRIPTION

Indication :

Date de prescription : --- / --- / ---

Traitement de fond préventif des patients atteints de migraine sévère

Perfusion de Eptinezumab (VYEPTI®) :

..... mg toutes les semaines pendant

Voie veineuse : périphérique centrale

Modalités d'administration IV :

-> dans une poche de 100 ml de NaCl 0.9% avec un temps de perfusion de 30 minutes minimum :

• 1 ml (100 mg) de Vyepti® dans 100 ml de NaCl 0.9 %

Le patient est informé par le médecin prescripteur des risques liés à l'administration de VYEPTI®

Cachet et Signature du prescripteur :