



FICHE DE LAISON POUR LA DISPENSATION D'EMICIZUMAB EN PHARMACIE D'OFFICINE

(Cocher la case si mention présente et vérifiée ;
Renseigner les informations demandées)

MHEMO

filiale de santé
maladies rares

Date : 19/04/2021

Version n°1

Page : 1/1

Identification du Patient

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : __ / __ / __

Indication : Hémophilie A sans inhibiteur Hémophilie A avec inhibiteur Poids : _____

Identification des intervenants

Nom membre du CRC-MHC :

Nom du Pharmacien d'officine :

Mail : _____@_____.fr

Mail : _____@_____.fr

Traitement par emicizumab (HEMLIBRA®)

Date pressentie de la première dispensation : __ / __ / __

emicizumab : _____ mg par injection soit :

_____ flacon(s) à **30** mg/1ml (30 mg/ml) **bleu**

_____ flacon(s) à **60** mg/0.4 ml (150 mg/ml) **violet**

_____ flacon(s) à **150** mg/1 ml (150 mg/ml) **marron**

_____ flacon(s) à **105** mg/0.7 ml (150 mg/ml) **turquoise**

Rythme : 1 x/semaine

1x/tous les 15j

1 x /mois

Kit d'injection nécessaire : Kit 4 (seringues de 1 ml)

Kit 5 (seringues de 2 ml)

Nombre de seringues nécessaires par injection : 1

2 (2 sites d'injection)

Accès à la Formation

Se connecter sur : <https://hemoweb.fr/hemophar> OU <https://mhemo.fr/>

Votre Identifiant :

(Prénom [espace] Nom) avec une majuscule à chacun et sans les accents : _____

Votre Mot de passe : _____

Transmission d'information

Date: __ / __ / __ Nom expéditeur :

Nom destinataire :