



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

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

MHEMO

Filière de santé
maladies rares

Date : 21/07/2023

Version n°2

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-MHR :

Nom pharmacien d'officine :

Mail : _____

Mail : _____

Traitement par emicizumab (HEMLIBRA®)

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

emicizumab : __ mg par injection soit une commande mensuelle de :

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

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

Code CIP : 3400930141410

Code CIP : 3400930141427

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

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

Code CIP : 3400930141441

Code CIP : 3400930141434

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://www.hemopharplus-crh.fr>

Faire la demande de code de connexion en saisissant les informations demandées

Votre Identifiant : (adresse mail) : _____

Votre Mot de passe : _____

Transmission d'information

Date: __/__/__ Nom expéditeur : _____ Nom destinataire : _____