

Nom : **Patronopoulos, Stas**
 Adresse : **10, rue de la République, 1050 Ixelles**
 Téléphone : **02 237 70 49 98**
 E-mail : **stas.patronopoulos@telenor.be**

Je soussigné(e) **GRAX** **Emilio** Docteur en médecine
 certifie que l'état de santé de ce patient justifie :

☒ l'administration de
☐ la prolongation du traitement de

- ☐ ZoviraxTM co 200 mg
☒ ZoviraxTM co 800 mg
☐ ZoviraxTM 400 suspension 100 ml
☐ ZoviraxTM 400 suspension 200 ml
☐ ZoviraxTM pommade ophtalmique

pour une période de **2 an**
 à la posologie de **1/2 2 x 1**

Demande de remboursement **AF**

☐ traitement de l'herpès simplex chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques, de chimiothérapie ou de transplantation lorsque le traitement a débuté par la voie intraveineuse

☒ prophylaxie des infections à herpès simplex chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques, de chimiothérapie ou de transplantation

☐ traitement de l'herpès zoster chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques de chimiothérapie ou de transplantation

Demande de remboursement **BF**

☐ traitement de l'herpès génital récidivant démontré

☐ traitement de l'herpès simplex récidivant démontré avec érythème exsudatif multiforme } 6 récidives et davantage dans une période de 12 mois, démontré par la mise en évidence de l'HSV 1 ou HSV 2 dans les lésions cutanéo-muqueuses

☐ traitement de l'uvéite induite par l'herpès simplex

☐ prophylaxie des infections à herpès simplex récidivant durant les 6 premiers mois suivant une kératoplastie pénétrante, effectuée après une kératite d'origine herpétique

☐ traitement des affections oculaires à herpès simplex

☐ atteinte zostérienne du nerf acoustique avec paralysie faciale (syndrome de Ramsay Hunt)

Description du cas (au verso ou à joindre au présent document). Ce certificat est destiné au Médecin Conseil de l'organisme assureur, afin de lui permettre d'autoriser le paiement d'une intervention mutuelle.

Date:

Cachet:

Signature:

Pr. C. GRAUX

Hématologie
 CHU UCL Namur / Site Godinne
 Av. G. Thierasse, 1
 B5530 Yvoir (Belgique)
 Téléphone : 02 237 70 49 98

*Le certificat est valide -
 Pourriez-vous s'il vous plaît accorder
 à l'avis de ce médecin la prise en charge
 de 17/02/2023. Merci.*

Je soussigné(e) Docteur en médecine
 certifie que l'état de santé de ce patient justifie :

☐ l'administration de
☐ la prolongation du traitement de

- ☐ ZoviraxTM co 200 mg
☐ ZoviraxTM co 800 mg
☐ ZoviraxTM 400 suspension 100 ml
☐ ZoviraxTM 400 suspension 200 ml
☐ ZoviraxTM pommade ophtalmique

pour une période de
 à la posologie de

Demande de remboursement **AF**

☐ traitement de l'herpès simplex chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques, de chimiothérapie ou de transplantation lorsque le traitement a débuté par la voie intraveineuse

☐ prophylaxie des infections à herpès simplex chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques, de chimiothérapie ou de transplantation

☐ traitement de l'herpès zoster chez des patients immunodéprimés par suite d'affections hématologiques de chimiothérapie ou de transplantation

Demande de remboursement **BF**

☐ traitement de l'herpès génital récidivant démontré

☐ traitement de l'herpès simplex récidivant démontré avec érythème exsudatif multiforme } 6 récidives et davantage dans une période de 12 mois, démontré par la mise en évidence de l'HSV 1 ou HSV 2 dans les lésions cutanéo-muqueuses

☐ traitement de l'uvéite induite par l'herpès simplex

☐ prophylaxie des infections à herpès simplex récidivant durant les 6 premiers mois suivant une kératoplastie pénétrante, effectuée après une kératite d'origine herpétique

☐ traitement des affections oculaires à herpès simplex

☐ atteinte zostérienne du nerf acoustique avec paralysie faciale (syndrome de Ramsay Hunt)

Description du cas (au verso ou à joindre au présent document). Ce certificat est destiné au Médecin Conseil de l'organisme assureur, afin de lui permettre d'autoriser le paiement d'une intervention mutuelle.

Date:

Cachet:

Signature: