



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Le Directeur Général

Saint-Denis, le

22 MARS 2010

à l'attention du pharmacien

Madame, Monsieur,

Compte tenu de la prolongation des difficultés d'approvisionnement en Cérézyme® et afin de disposer d'une représentation des besoins en traitements au niveau national, une cartographie des patients atteints de la maladie de Gaucher et de leurs traitements actuels est réalisée par le Comité d'Evaluation du Traitement de la Maladie de Gaucher (CETG), sous l'égide de l'Afssaps.

Pour ce faire, vous trouverez ci joint une fiche dénommée « Synthèse des patients atteints de maladie de Gaucher » que je vous demande de bien vouloir faire compléter, pour chaque patient, par le médecin prescripteur et retourner au CETG par fax au numéro indiqué.

D'autre part, je vous informe que l'Afssaps et le CETG s'appêtent à diffuser des recommandations de traitement que vous pourrez trouver sur le site de l'Afssaps et du CETG très prochainement.

Je vous remercie par avance de votre collaboration qui permettra d'optimiser la prise en charge de tous les patients en France.

Le Directeur Général

Jean MARIMBERT

Afssaps - Unité ATU
tel : 01 55 87 36 11
atu@afssaps.sante.fr

**SYNTHESE DES PATIENTS ATTEINTS DE
MALADIE DE GAUCHER**

PATIENT :

Nom : ___/___/___ Prénom : ___/___/___ Né(e) le : ___/___/___
(3 premières lettres) (3 premières lettres)

Maladie de Gaucher : Type 1 Type 3 Date diagnostic : _____ (année)

Sexe : H F Poids : _____ kg Splénectomie : OUI NON

Grossesse en cours : OUI NON Désir d'enfant : OUI NON

TRAITEMENT ACTUEL :

① **CEREZYME® (imiglucérase)** débuté le : ___/___/___

Dose actuelle :U/kg = ... flacons

toutes les semaines tous les 15 jours toutes les 3 semaines tous les mois

Dose de Cerezyme avant les difficultés d'approvisionnement : U/kg = ... flacons

toutes les semaines tous les 15 jours toutes les 3 semaines tous les mois

Souhaitez-vous maintenir la dose et le rythme actuels ? OUI NON

Souhaitez-vous reprendre le traitement à dose et rythme optimum dès que possible ? OUI NON

② **ZAVESCA® (miglustat)** débuté le : ___/___/___

③ **Pas de traitement**

car patient nouvellement diagnostiqué en attente de traitement par enzyme

autre raison :

ÉVÉNEMENTS liés à la Maladie de Gaucher survenus au cours des deux dernières années

* Atteinte Osseuse : OUI NON

infarctus osseux ONA (articulation) fracture crise douloureuse douleurs osseuses
date et commentaires :

* Atteinte Viscérale : OUI NON

à détailler :

* Autre :

ÉTAT ACTUEL DE LA MALADIE :

① Clinique :

② Biologique :

Hémoglobine :g/dL ; Plaquettes : /mm³ date : ___/___/___

Chitotriosidase : date : ___/___/___

Nom du médecin	Nom du pharmacien
Email :	Email :
Date	Date
Cachet et signature :	Cachet et signature :