



Cette attestation doit **obligatoirement être complétée par le prescripteur et la pharmacie avant toute initiation de traitement par SOLIRIS® 300 mg (eculizumab)**, conformément aux exigences de l'EMA et de l'ANSM. En effet « La distribution du médicament ne sera possible qu'après confirmation écrite que le patient a reçu ou va recevoir une vaccination antiméningococcique et/ou une antibioprofylaxie. » (Annexe IID de l'AMM).

Les champs signalés par un astérisque (*) sont obligatoires

1. À COMPLÉTER PAR LE PRESCRIPTEUR, puis À TRANSMETTRE À LA PHARMACIE

Date de naissance Patient* (jj/mm/aaaa) : / /

Indication thérapeutique* : HPN SHU atypique Myasthénie acquise généralisée (MAG) réfractaire
 Maladie du spectre de la neuromyéélite Optique (NMOSD)

Patient inclus/à inclure dans le registre (HPN ou SHUa) : Oui Non

Date prévue d'administration (jj/mm/aaaa) : / /

Nom du **Prescripteur*** : Email* :

Hôpital* : Service :

Adresse* : Tél. :

Code Postal / Ville* : Fax :

Je, soussigné(e), **m'engage avant de débiter le traitement par SOLIRIS® à :**

- remettre et expliquer **les éléments d'information SOLIRIS®** (notamment la carte de surveillance), au patient ou à ses parents/tuteurs légaux
 > Si vous souhaitez recevoir des exemplaires supplémentaires de ces éléments, merci d'en faire la demande via l'adresse e-mail vaccination@alexion.com
- m'assurer que le patient a été **vacciné contre *Neisseria meningitidis*** conformément aux recommandations en vigueur¹ (contre les types sérologiques A, C, Y, W₁₃₅ et B)

Date(s) de vaccination (jj/mm/aaaa) : / /

ou préciser le motif de non vaccination (Contre-Indication, risques liés à l'activation du complément tel que l'augmentation des signes et des symptômes de leur pathologie sous-jacente...) :

- traiter le patient par une **antibioprofylaxie adaptée¹**, pendant toute la durée du traitement par SOLIRIS® et jusqu'à 60 jours après l'arrêt de celui-ci.

Date : Signature : Tampon Service / Prescripteur

¹ Avis relatif à l'antibioprofylaxie et la vaccination antiméningococcique des personnes traitées par eculizumab (avis actualisé du HCSP daté du 10/07/2014)

2. À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE (contact en charge des commandes de SOLIRIS®)

Nom du **Contact Pharmacie** :

Tél. :

Retour attestation souhaité par :

Email : (adresse de préférence non nominative)

Fax :

Tampon Pharmacie

à retourner à Alexion par email : vaccination@alexion.com

Aucune expédition de SOLIRIS® ne sera autorisée sans réception préalable de ce document

3. À COMPLETER PAR ALEXION

CODE PATIENT :

Ce Code Patient et la date de naissance Patient sont à reporter sur toutes les commandes SOLIRIS® destinées à ce patient

Document à conserver