



Déclaration de vaccination des patients traités par ZILBRYSQ®

Tous les patients doivent être vaccinés contre les infections à méningocoques au moins 2 semaines avant le début du traitement par ZILBRYSQ® (zilucoplan). **Une fois que votre patient a été vacciné**, veuillez le confirmer en remplissant le formulaire ci-dessous.

La délivrance du médicament ne sera possible qu'après confirmation écrite que le patient a reçu ou va recevoir une vaccination anti-méningococcique et/ou une antibioprophylaxie.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez à l'ANSM via le site <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

**Veuillez remplir ce formulaire en utilisant des majuscules pour confirmer que votre patient a été vacciné.
Une fois complétée, cette déclaration doit être transmise à la pharmacie.**

Informations sur le prescripteur

Nom* :	
Email* :	
Numéro de téléphone :	Numéro de fax :
Établissement* :	
Adresse :	
Adresse :	
Ville* :	Code postal* :
Pays :	
<i>*Informations requises</i>	
☐ Je confirme que j'ai donné ou que je donnerai au patient/à son aidant toutes les informations nécessaires, y compris la carte d'alerte du patient, le guide du patient/de l'aidant, avant d'initier le traitement par ZILBRYSQ®. J'ai informé le patient/l'aidant que je collecte les initiales et la date de naissance dans le but de générer un identifiant patient pour le programme d'accès contrôlé (CAP patient ID).	

Informations sur le patient

Initiales du patient* :	
Date de naissance* :	
<i>*Informations requises</i>	
☐ Je confirme que ce patient a été vacciné contre les sérogroupes A, C, YW et B de <i>Neisseria meningitidis</i> conformément aux recommandations en vigueur. Je confirme que la vaccination a eu lieu ou aura lieu au moins 2 semaines avant l'administration de la première dose de zilucoplan ou, si le traitement doit commencer moins de 2 semaines après la vaccination, que le patient reçoit des antibiotiques prophylactiques jusqu'à 2 semaines après la première dose de vaccination.	
Nous vous rappelons qu'il sera nécessaire de vérifier régulièrement le statut vaccinal de ce patient afin de garantir que les doses de rappel du vaccin anti-méningococcique sont administrées en temps voulu et de manière appropriée.	
Date de vaccination :	Signature du prescripteur

UCB traite les données personnelles des professionnels de la santé à des fins de gestion et de réduction des risques liés à l'utilisation de ZILBRYSQ® sans vaccination appropriée. Consultez notre Politique de confidentialité pour les professionnels de la santé pour plus de détails sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et la manière de les exercer. La politique de confidentialité pour les professionnels de la santé est disponible à l'adresse suivante : <https://www.ucb.com/Privacy-policy-for-Healthcare-Professionals>.

Cette déclaration de vaccination s'inscrit dans le cadre du programme d'accès contrôlé de ZILBRYSQ®.



UCB Pharma SAS, capital : 82.731.600 €, SIREN : 562 079 046, RCS Nanterre, siège social : Tour Emblem, 7 allée de l'Arche, 92400 Courbevoie, France. © UCB Pharma (France), 2025. Tous droits réservés.

