

Bimzelx® (Bimekizumab 160 mg)

Check-List à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Psoriasis en plaque. Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque à une dose de 320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12, 16 puis toutes les 8 semaines, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement. La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou appartenant aux hôpitaux universitaires/polycliniques spécialisés en dermatologie.

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe : ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales

La patiente/le patient présente un psoriasis en plaques sévère. Le dosage de Bimzelx® prévu est conformé à la limitation (320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12, 16 puis toutes les 8 semaines)

Thérapies précédentes ou contre-indications à d'autres thérapies:

Veillez cocher la case correspondante	Efficacité insuffisante	Effets secondaires	Contre-indications
Photothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitrétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres, à savoir: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/Compléments:

Médecin demandeur:

Médecin en dermatologie Hôpital universitaire/polyclinique de dermatologie

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

Date: