

CIMZIA® (Certolizumab pegol)

Demande de prise en charge des coûts

Pour le traitement de patients adultes atteints de formes **sévères de psoriasis en plaque**, pour aucune autre indication

Limitatio (extrait de la LS): Traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez qui les UVB et la PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (Ciclosporine, Méthotrexate, Acitrétine) n'ont montré aucun succès thérapeutique. Après application de la dose initiale la plus élevée, une dose d'entretien maximale de 200 mg toutes les deux semaines est remboursée. Si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines, le traitement doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Diagnostic: La patiente/le patient présente un psoriasis en plaques sévère

Thérapies précédentes: UVB/PUVA Ciclosporine Méthotrexate Acitrétine

Anti-TNFa, à savoir:

Le traitement précédent n'a montré aucun succès thérapeutique Des incompatibilités étaient présentes

Début planifié du traitement par CIMZIA:

Évolution observée jusqu'ici, y compris description d'intolérances éventuelles

Médecin traitant:

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: