

Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

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 (Limitatio (extrait de la LS): Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il 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:

sexe: ♀ ♂ 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) Traitements jusqu'à présent :

Traitement(s) jusqu'à présent (cocher ce qui convient): UVB/PUVA Ciclosporine Méthotrexate Acitrétine

Anti-TNF alpha, à savoir:

Début planifié du traitement par Hyrimoz® (mois/année):

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: