

(pour **Hidradénite suppurée**, pas pour les autres indications)

Limitatio (extrait): Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu. ([Lien LS](#))

Données du patient / de la patiente:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil) Il s'agit d'une Maladie de Verneuil active modérée à sévère (hidradénite suppurée)**Traitement(s) précédent(s):**

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Imraldi® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Titre de spécialiste FMH:		<input type="text"/>	
Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>
		Lieu:	<input type="text"/>
Tél.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date:	<input type="text"/>		