

# Remicade® (Infliximab)

## Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

Pour le traitement de patients adultes, atteints de **psoriasis en plaques**, pas pour d'autres indications

### Limitatio (extrait de la liste des spécialités):

Limitatio (extrait de la liste des spécialités): Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1.) les UVB et la PUVA ou 2.) l'un des trois traitements systémiques suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 3.) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an. Seuls des dermatologues ou des cliniques universitaires/policliniques dermatologues

### 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 Assuranced (Service du MC ou MC):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

### Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): Thérapie(s) précédente(s):

UVB/PUVA  Ciclosporine  méthotrexate  acitrétine

agent inhibiteur du TNFa, notamment:

Thérapie jusqu'à présent:

### Médecin traitant:

Nom:  Prénom:

Rue:  NPA:  Lieu:

Tél.  Fax:  E-Mail:

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

Date: