

Limitatio: Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, 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. Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament. Voir aussi (LS)

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Le patient/la patiente présente un psoriasis en plaques sévère. Premiers symptôme depuis: (MM/AAAA):

BSA acutel (%): PASI actuel: DLQI actuel:

Traitement précédent:	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité incl. dosage:
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autre, à savoir:

Zone du corps atteintes:
 Visage Jambes Cuir chevelu Pieds Torse Bras Mains Organes génitaux
 Ongles Démangaisons Début prévue du traitement par Skyrizi™ (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Titre de spécialiste Dermatologie et vénéréologie Clinique universitaire de dermatologie et vénéréologie/Polyclinique

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-mail:

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

Date: