

# Stelara® (Ustekinumab)

## Liste de chèque destinée à la caisse-maladie

**Limitatio (extrait Psoriasis en plaque):** Traitement des patients adultes et des enfants à partir de 6 ans 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 28 semaines de traitement. Seuls les spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

### Données personnelles 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"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

**Stelara® est utilisé pour le traitement du psoriasis en plaques sévère** (PASI ou BSA et/ou DLQI sont cruciaux pour la définition du psoriasis en plaques sévère. Il s'agit de:

DLQI > 10                       PASI > 10                       BSA > 10

ou

**Présence de manifestations spéciales** (des manifestations spéciales chez un patient présentant une atteinte légère peuvent entraîner une classification difficile):

Atteinte du visage             Atteinte du cuir chevelu             Atteinte des organes génitaux             Graves démangeaisons

Atteinte des mains, des doigts et/ou des ongles             Plaques persistentes

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

Anti-TNFa, à savoir:

Remarques/Compléments:

### Médecin requérant

Médecin spécialiste en Dermatologie

Hôpital universitaire/Polyclinique

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"/>
S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:	<input type="text"/>	Service:	<input type="text"/>		

Date: