

Tremfya® (Guselkumab) Liste de chèque destinée à la caisse-maladie sol inj 100 mg/1ml stylo pré-rempli

Limitatio (extrait Psoriasis en plaque): 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. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21007.01**. (sol inj 100 mg/1ml stylo pré-rempli)

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 Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Tremfya® 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:

Le traitement précédent n'a montré aucun succès thérapeutique Des incompatibilités étaient présentes

Remarques/Compléments:

Début planifié du traitement par Tremfya® (MM/AAAA):

Médecin requérant

Médecin spécialiste en Dermatologie Hôpital universitaire/Polyclinique

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom: Service:

Date: