

Entyvio® (vedolizumab)

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Limitatio:

Indiqué pour le traitement de la rectocolite hémorragique active modérée à sévère et de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse ou une intolérance à un traitement conventionnel* ou par un antagoniste du facteur de nécrose tumorale alpha (TNFα).

Entyvio intraveineux: Entyvio IV doit être arrêté en l'absence de réponse jusqu'à la 14e semaine. Une augmentation de la fréquence d'administration à quatre semaines chez les patients présentant une diminution de la réponse au traitement ainsi que la poursuite des soins thérapeutiques après un traitement par Entyvio IV pendant un an requièrent une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Entyvio sous-cutané: Le passage à Entyvio sous-cutané (vedolizumab sous-cutané) comme thérapie d'entretien se fait après au moins 2 perfusions intraveineuses d'Entyvio. La poursuite des soins thérapeutiques après un traitement par Entyvio pendant un an requiert une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

* par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine, 5-aminosalicylate, stéroïdes

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 (uniquement pour le médecin-conseil):

Il s'agit d'un patient/e atteint de: maladie de Crohn colite ulcéreuse

Début du traitement par Entyvio® (mois/année):

Déroulement du traitement par Entyvio® jusqu'à ce jour :

Raison de la demande de garantie de prise en charge des frais:

- augmentation de la fréquence d'administration d'Entyvio IV à 4 semaines suite à une diminution de la réponse au traitement.
 pour une prolongation après une année de traitement par Entyvio® IV ou sous-cutané.

Médecin formulant la demande:

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: