

Humira® (Adalimumab)

Demande de prise en charge des coûts

(pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse; pas pour d'autres indications)

Il s'agit d'un patient atteint de: Maladie de Crohn maladie de Crohn pédiatrique colite ulcéreuse

Limitatio (extrait, maladie de Crohn): Traitement des patients adultes et pédiatriques par HUMIRA lors que le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Limitatio (extrait, colite ulcéreuse modérée à grave): Traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Patient:

Nom: Prénom: né le:
Rue: complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC): No. d'assurance:
complément d'adresse:

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

Prednisone, prednisolone Méthotrexate Sulfasalazine/mésalazine
 Hydrocortisone Azathioprine, 6-mercaptopurin Budésonide
 Remicade® (Infliximab) traitement nutritionnel primaire (maladie de Crohn pédiatrique)
 autre, nottament:

évolution de la maladie

Raison du changement à Humira®: _réponse insuffisante intolérance/contre-indication

Début du traitement avec Humira®: (mois/année)

Médecin prescripteur:

Nom: Prénom:
Rue: NPA: Lieu:
Tél. Fax: E-Mail:
Ecrçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:
Date:

Timbre/signaturet:.....