

Adtralza® (Tralokinumab)

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

Limitatio voir liste des spécialités (www.spezialitaetenliste.ch)

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Diagnostic:

La patiente/le patient présente une dermatite atopique sévère IGA
 IGA 4 ou SCORAD > 50 ou EASI ≥ 21.1

Traitement précédent: L'indication de thérapie systémique est donnée si au moins un critère de chacune des 3 catégories suivantes s'applique.

Thérapie topique:

Traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine)

Réponse insuffisante pendant au moins 1 mois Thérapie contre-indiquée
 Interruption en raison d'effets indésirables cliniquement significatifs

Photothérapie:

Non disponible Non indiquée/contre-indiquée Réponse insuffisante pendant au moins 1 mois
 Interruption en raison d'effets indésirables cliniquement significatifs

Thérapie systémique:

Traitement systémique par un immunosuppresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques)

Réponse insuffisante pendant au moins 1 mois Thérapie contre-indiquée
 Interruption en raison d'effets indésirables cliniquement significatifs

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: