

Pour la poursuite du traitement après 16 semaines avec intervalle réduit

Limitatio: Psoriasis en plaque. Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque à une dose de 320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12, 16 puis toutes les 8 semaines, 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. La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou appartenant aux hôpitaux universitaires/polycliniques spécialisés en dermatologie.

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:

La patiente/le patient présente un psoriasis en plaques sévère. Le dosage de Bimzelx® prévu est conforme à la limitation (320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12, 16, puis toutes les semaines).

Début planifié du traitement par Bimzelx® :

Poids de la patiente/du patient (kg): IMC:

Informations sur le traitement antérieur par Bimzelx®

Posologie prévue après les 16 premières semaines de traitement : 320mg toutes les 4 semaines

Justification, y compris références bibliographiques, pour le passage à l'administration toutes les 4 semaines (et non de 8 semaines, selon limitation):

Médecin demandeur:

Médecin en dermatologie Hôpital Universitaire/polyclinique de dermatologie

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: