

**Bimzelx® (Bimekizumab 160 mg)****Demande de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil****Limitatio (extrait): Psoriasis en plaque (uniquement 160 mg/ml 2 seringues/stylos prêts à l'emploi)**

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/policliniques spécialisés en dermatologie.

Dans l'indication psoriasis en plaques, seules les boîtes de BIMZELX à 160mg 2 pièces sont remboursées.

Les codes d'indication suivants doivent être transmis à l'assurance-maladie: **21476.01**

**Données personnelles du patient (de la patiente)**

Nom:  Prénom:  né(e) le:

Sexe: : ☐ ♀ ☐ ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

Assurance:  N° de l'assuré(e):

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

NPA:  Lieu:

**Données médicales :**

☐ La Patiente/le patient souffre de psoriasis en plaque sévère. Le traitement par Bimzelx® est planifié en fonction de la limitation (320 mg aux semaines, 0, 4, 8, 12, 16 puis toutes les 8 semaines).

**Thérapies précédentes ou contre-indications a d'autres thérapies:**

| Cocher la case correspondante             | Efficacité insuffisante  | Effets indésirables      | Contre-indications       |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Photothérapie                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acitrétine                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Méthotrexate                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ciclosporine                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, à savoir:<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques/Compléments:

**Médecin requérant:**

☐ Spécialiste en dermatologie ☐ dermatologie universitaire/policlinique

Nom:  Prénom:

Rue:  NPA:  Lieu:

Tél.  Fax:  E-Mail:

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

Date: