

Cibinco® (Abrocitinib)

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

Limitatio: Voir la deuxième page.

Données du patient/de la patiente:

Nom:	Prénom:	Né(e) le:
sex: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ Rue:		Complément d'adresse:
NPA:		Lieu:
Assurance:		
Nº d'assurance:		
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):		
Complément d'adresse:		
NPA: Lieu:		

Données médicales :

- La patiente/le patient présente une dermatite atopique sévère.
 IGA 4 ou SCORAD > 50 ou EASI \geq 21.1

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

Thérapie topique:

Traitements locaux intensifs de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine)

- Réponse inadéquate pendant au moins un mois Thérapie contre-indiquée
 Interrompue en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique

Photothérapie:

- Non disponible Non indiquée/contre-indiquée Réponse inadéquate pendant au moins un mois
 Interrompue en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique

Traitements systémiques:

Traitements systémiques avec un agent immunosupresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques)

- Réponse inadéquate pendant au moins un mois Thérapie contre-indiquée
 Interrompue en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique

Remarques/compléments:

<input type="text"/>		
----------------------	--	--

Médecin requérant:

Nom:	Prénom:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue:	NPA:	Lieu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél:	Fax:	e-mail:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajouter le nom de l'hôpital:		Département:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date:		
<input type="text"/>		

Dermatite atopique

Le traitement exige une garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

En monothérapie ou en combinaison avec des corticoïdes topiques pour le traitement des patients adultes (à partir de 18 ans) souffrant de dermatite atopique sévère (score IGA égal à 4 [sur une échelle IGA de 0 à 4] ou score SCORAD > 50 ou score EASI ≥ 21.1) si ces patients ne répondent pas de façon adéquate à un traitement local intensif de thérapies topiques sur ordonnance (corticoïdes topiques et/ou inhibiteurs de la calcineurine) et à une photothérapie (si disponible et indiquée) et à un traitement systémique avec un agent immunosupresseur conventionnel (à l'exception des corticoïdes systémiques) pendant au moins un mois, ou si ces thérapies sont contre-indiquées ou ont dû être interrompues en raison d'événements indésirables pertinents sur le plan clinique.

Abrocitinib n'est pas remboursé en combinaison avec d'autres médicaments systémiques pour le traitement de la dermatite atopique.

Si après 12 semaines de traitement avec abrocitinib aucune amélioration thérapeutique n'est survenue, c'est-à-dire aucune réduction de l'IGA de ≥ 2 points par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50% du score EASI (EASI 50) par rapport au score initial ou aucune amélioration de ≥50% du score SCORAD (SCORAD 50) par rapport au score initial, le traitement doit être interrompu.

Après 52 semaines de traitement ininterrompu de la dermatite atopique avec abrocitinib, une nouvelle garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie doit être obtenue, après consultation préalable du médecin conseil.

Le diagnostic, la prescription et le suivi du traitement par abrocitinib dans l'indication de la dermatite atopique ne peuvent être effectués que par un spécialiste en dermatologie et vénérologie ou un spécialiste en allergologie et immunologie clinique.

Voir aussi [LS](#).