

CIMZIA® (Certolizumab pegol)

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

Limitatio: Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois. Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive). Les traitements nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. ([Lien LS](#)).

Données personnelles du/de la patient/e:

Nom: Prénom: Date de naissance:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Une garantie de prise en charge est demandée pour:

- maladie de Crohn active polyarthrite rhumatoïde active
 arthrite psoriasique active spondylarthrite axiale active

Traitement précédent:

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Cimzia® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin requérant

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: