

CIMZIA® (Certolizumab pegol)

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

Autorisation par Swissmedic (extrait): pour le traitement de la PR sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le MTX ou d'autres DMARDs.. ([Lien swissmedicinfo](#))

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:

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le MTX ou d'autres DMARDs.

Traitement précédent: (ausserhalb MTX oder anderen DMARDs):

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: