

Cosentyx® (Secukinumabum)

Demande de prise en charge des coûts

Pour le traitement de patients adultes, atteints d'une spondylarthrite ankylosante active sévère, pas pour d'autres indications

Limitatio (extrait de la [Liste des spécialités](#)):

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie / rhumatologie. Destiné au traitement de patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active de forme grave, ayant réagi de manière insatisfaisante à la thérapie conventionnelle (par ex. les anti-inflammatoires non-stéroïdiens AINS/NSAIDs).

Données personnelles du/de la patient(e):

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):

diagnostic: La patiente/le patient présente une spondylarthrite ankylosante active sévère

La patiente/le patient a répondu insuffisamment à un traitement conventionnel précédent (p. ex. NSAIDs).

Traitement précédent:

Début planifié du traitement par Cosentyx:

Thérapie jusqu'à présent et état acuel:

Médecin demandeur

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

à l'hôpital, nom de l'hôpital: Clinique ou département:

Date: