

Cosentyx® (Secukinumabum)

Demande de prise en charge des coûts

Pour le traitement de patients adultes, atteints d'un psoriasis en plaque 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. Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques grave, pour laquelle les thérapies UVB et PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine) n'ont pas donné de résultat thérapeutique. Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 12 semaines.

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 Assurancé (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

Diagnose: La patiente/le patient présente un psoriasis en plaques sévère

Thérapies précédentes:

UVB PUVA

ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes:

Ciclosporine méthotrexate acitrétine

Le traitement précédent n'a montré aucun succès thérapeutique Des incompatibilités étaient présentes

Début planifié du traitement par Cosentyx:

Thérapie jusqu'à présent et état actuel:

Médecin demandeur

Nom: Prénom:

Adresse: Adresszusatz:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: