

Cosentyx® (Secukinumabum)

Demande de prise en charge des coûts (HS)

Pour le traitement des patients adultes, atteints d'une Hidradénite suppurée active modérée à sévère, à l'exclusion de toutes autres indications.

Limitatio (extrait de la [Liste des spécialités](#)): La prescription de COSENTYX dans l'indication de l'hidradénite suppurée ne peut être effectuée que par des médecins spécialistes en dermatologie ou par des cliniques/polycliniques universitaires de dermatologie.

Dans le cadre du traitement d'entretien, à la suite des 5 doses initiales hebdomadaires, seul l'intervalle de dosage mensuel est remboursé.

Dans l'indication de l'hidradénite suppurée, seules les boîtes de Cosentyx à 300mg ou les boîtes de 2x 150mg sont remboursées.

Cosentyx est indiqué, après accord de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes présentant d'hidradénite suppurée active modérée à sévère et ayant insuffisamment répondu à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être interrompu chez les patients dont la réponse clinique après 16 semaine est inférieure à 50% selon le HiSCR. Après 52 semaines de traitement ininterrompu, ce dernier nécessite une nouvelle garantie de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Données personnelles du/de la patient(e):

Nom:			Prénom:		né(e) le:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂		Rue:			
NPA:		Lieu:				
Assurance:			N° de l'assuré(e):			
Adresse de l'assureur (Service du MC ou MC):			Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:				

Données médicales (à l'attention exclusive du médecin-conseil):

Diagnostic: ☐ La patiente/le patient présente une Hidradénite suppurée active modérée à sévère précédentes:

☐ Antibiotiques systémiques ☐ Autre

☐ Le traitement précédent n'a montré aucun succès thérapeutique ☐ Des contre-indications/intolérances étaient présentes

Début planifié du traitement par Cosentyx:

Remarques / antécédents et état actuel de la thérapie:

Médecin demandeur

Nom:			Prénom:	
Adresse:			Complément d'adresse:	
NPA:		Lieu:		
Fax:		E-Mail:		
si hôpital, nom de l'hôpital:			Clinique ou département:	
Date:				