

Cosentyx® (Secukinumabum)

Demande de prise en charge des coûts

Pour le traitement des patients adultes et pédiatriques âgés de 6 ans et plus, atteints du psoriasis en plaque sévère, à l'exclusion de toutes autres indications

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

Cosentyx est indiqué pour le traitement des patients adultes et pédiatriques âgés de 6 ans et plus atteints de psoriasis en plaques sévère pour lesquels la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas donné de résultats thérapeutiques. Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Une fois les doses initiales administrées aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, une dose mensuelle maximale de 300 mg sera remboursée.

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 de l'assureur (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

Diagnostic: 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 intolérances étaient présentes

Début planifié du traitement par Cosentyx:

Antécédents et état actuel de la thérapie:

Médecin demandeur

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: