

# Enbrel® (étanercept) Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

Pour la polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active, l'arthrite psoriasique ou la maladie de Bechterew (spondylarthrite ankylosante), pas pour d'autres indications. Cela concerne :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde active | <input type="checkbox"/> Arthrite chronique juvénile polyarticulaire active |
| <input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique           | <input type="checkbox"/> Maladie de Bechterew                               |

## Limitatio (extrait de la LS):

Traitement par ENBREL exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil.

## Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et l'arthrite psoriasique

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, de l'arthrite chronique juvénile polyarticulaire active et de l'arthrite psoriasique en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.

## Maladie de Bechterew (Spondylarthrite Ankylosante)

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

## Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:  Prénom:  né(e) le

sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

Assurance:  N° de l'assuré(e)::

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

NPA:  Lieu:

## Données médicales. Traitements jusqu'à présent :

Traitement(s) jusqu'à présent (cocher ce qui convient):

- AINS  Corticostéroïdes  DMARD, à savoir:

Début planifié du traitement par Enbrel:

Évolution observée jusqu'ici, y compris description d'intolérances éventuelles:

## Médecin traitant:

Nom:  Prénom:

Rue:  NPA:  Lieu:

Tel.  Fax:  E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:

Date: