

# Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

## Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

(pour la maladie de Crohn chez des patients adultes et pédiatriques et la colite ulcéreuse; pas pour d'autres indications)

Cela concerne:  **Maladie de Crohn**  **colite ulcéreuse**

**Limitatio(extrait, maladie de Crohn):** Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

**Limitatio (extrait, colite ulcéreuse modérée à grave ):** Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. ([Lien LS](#))

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

NPA:  Lieu:

### Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): Thérapie(s) précédente(s):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prednison, prednisolone | <input type="checkbox"/> Méthotrexate  | <input type="checkbox"/> Sulfasalasine/mésalazine |
| <input type="checkbox"/> Hydrocortisone          | <input type="checkbox"/> Azathioprine, 6-mercaptopurin                                   | <input type="checkbox"/> Budésonide               |
| <input type="checkbox"/> Remicade® (Infliximab)  | <input type="checkbox"/> traitement nutritionnel primaire (maladie de Crohn pédiatrique) |   |
| <input type="checkbox"/> autre, nottament:       | <input type="text"/>   |   |

### évolution de la maladie:

Raison du changement à Hyrimoz®:  réponse insuffisante  intolérance/contre-indication

Début du traitement avec Hyrimoz® (mois/année):

### Médecin traitant:

Nom:  Prénom::

Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tél.:

Fax:  E-Mail:

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

Date: