

Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

Demande de prise en charge des coûts, prolongation

(pour **Hidradénite suppurée**, pas pour les autres indications)

Limitatio (Extrait, concernant Hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)): Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu. ([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):

Il s'agit d'une Maladie de Verneuil active modérée à sévère (hidradénite suppurée)

Début planifié du traitement par Hyrimoz®: (mois/année)

Demande de prolongation de la prise an charge des coûts après 52 semaines de traitement ininterrompu jusqu'au: (mois/année)

Doit toujours être remplie: évolution jusqu'à présent et état actuel:

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: