

Ilumetri® (Tildrakizumab 100 mg) / (200 mg)

Information destinée à la caisse-maladie

Limitatio: Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 28 semaines de traitement. Pour chaque administration une dose maximale de 100mg est remboursée. Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/policliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament. Pas pour le traitement de l'arthrite psoriasique.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:: Prénom:: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: No de l'assuré(e):

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

NPA: Lieu:

Ilumetri® est utilisé pour le traitement du psoriasis en plaques sévère chez les patients adultes.

Présence de manifestations spéciales: Les manifestations spéciales chez un patient atteint légèrement peuvent entraîner une classification plus sévère.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atteinte de parties du corps très visibles | <input type="checkbox"/> Atteinte de grandes surfaces du cuir chevelu |
| <input type="checkbox"/> Atteinte des paumes des mains, des plantes des pieds et des organes génitaux | <input type="checkbox"/> Graves démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Onycholyse ou onychodystrophie d'au moins 2 ongles des doigts | <input type="checkbox"/> Plaques persistentes |

Traitements jusqu'à présent et contre-indications pour d'autres traitements:

Cocher la case correspondante	Efficacité insuffisante	Effets indésirables	Contreindications
Photothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitrétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à savoir: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Nom:: Prénom::

Rue:: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom: Service::

Date: