

**Pour le traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, pour aucune autre indication**

**Limitatio (extrait):** Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie. ([Lien LS](#))

**Données du patient / de la patiente:**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

**Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil)**

**Traitement(s) jusqu'à présent:**  UVB/PUVA  Ciclosporine  Méthotrexate  Acitrétine

Anti-TNF alpha, lequel:

Début prévu du traitement par Imraldi® (MM/AAAA):

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

**Médecin requérant:**

Titre de spécialiste FMH:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				