

Inflectra® (Infliximab)**Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil**

Pour la maladie de Crohn et Colite ulcéreuse, pas pour d'autres indications.

☐

Maladie de Crohn

☐

Colite ulcéreuse

Limitatio (extrait de la liste des spécialités):

Substitution préparation de référence/biosimilaire

Le traitement par INFLECTRA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par INFLECTRA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Traitement des patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel préalable (p. ex. par azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes) était insuffisant. Colite ulcéreuse modérée à sévère: lorsque le traitement conventionnel préalable (p. ex. par azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucostéroïdes) était insuffisant ou n'a pas été toléré.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:

Prénom:

né(e) le:

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:**thérapie précédente:****Chez la maladie de Crohn:**☐ azathioprine☐ 6-mercaptopurine☐ stéroïdes☐

autre, notamment::

Chez Colite ulcéreuse:☐ azathioprine☐ 6-mercaptopurine☐ glucostéroïdes☐

autre, notamment:

Début de la thérapie avec Inflectra® (JJ/MM/AAA)

Pour les deux indications, évolution de la maladie:

Médecin-traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: