

Inflectra® (Infliximab)**Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil****Pour le traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques, pas pour d'autres indications**

Limitatio (extrait de la liste des spécialités): Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1.) UVB et PUVA ou 2.) l'un des trois traitements systémiques suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 3.) une substance bloquant l'action du TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas montré de succès thérapeutique. Si un succès thérapeutique n'est pas atteint au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée de traitement maximale est d'un an. La prescription ne peut avoir lieu que par des spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/policliniques de dermatologie. Le traitement nécessite l'approbation de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

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 (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil):

thérapie précédente: UVB/PUVA Ciclosporine méthotrexate acitrétine

agent inhibiteur du TNF α , notamment:

Thérapie jusqu'à présent:

Début de la thérapie avec Inflectra® (mois/an)

Médecin traitant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date:

Timbre/signature:.....