## Kevzara® (Sarilumab)

## Demande de prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecinconseil de l'assureur-maladie dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients adultes qui n'ont pas suffisamment répondu à un DMARD (disease modifying anti-rheumatic drug) ou à un traitement par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF). En cas d'intolérance au méthotrexate ou si le traitement par méthotrexate est inadéquat, Kevzara peut être administré en monothérapie. Voir aussi <u>LS</u>. **Données du patient:** 

Nom:					Prénom:			né(e) le:
Sexe:	Rue:					Complément d'adr	esse:	
O ♀ O ♂								
NPA:		Lieu:						
Assurance:					Nº de l'as	suré(e):		
					L			
Adresse Assuran	ce (Service o	du MC ou	MC):		Complem	ent d'adresse:		
NPA:		Lieu:						
NFA.		Lieu.						
Données médica	ales (destine	ées exclu	sivement au méde	cin-consei	il). Traiten	nents jusqu'à pré	sent :	
Le patie	ent (la patien	te) souffre	d'une polyarthrite	humatoïde	active.			
Traitement(s) jus	qu'à présent	(cocher ce	e qui convient):					
_								
csDMA	KD:							
anti-TN	IF:							
Autre E	Biologique:							
autre (p	o.ex. JAKi):							
Début du traiteme	ent par Kevz	ara®:						
Monothérapie?		Oui, intolé	erance au Méthotre	kate				
	0	Oui, un tra	aitement au Méthot	rexate est i	nadéquat		0	Non
Évolution obser	vée jusqu'ic	i, y comp	ris description d'i	ntolérance	s éventue	elles:		
			_					
Mádada da Anaida ad								
Médecin traitant Nom:					Prénom:			
Rue:				NPA:		Lieu:		
Tél.			Fax:		_	E-Mail:		
Exerçant à l'hôpit	al ajoutez le	nom de l'h	nôpital:		Départem	ient:		
Date:					L			

Kevzara® 3\_f