

# Olumiant® (Baricitinib)

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

**Limitatio:** En association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels y compris le méthotrexate (MTX) chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère, n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs cDMARDs ou ne l'ayant pas toléré. L'utilisation de Baricitinib en monothérapie en cas de réponse inappropriée ou d'intolérance aux cDMARDs reste réservée pour les patients, pour lesquels il a été montré que le méthotrexate n'a pas été supporté ou pour lesquels une contre-indication au méthotrexate a été montrée. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Voir aussi [LS](#).

### Données du patient:

Nom:  Prénom:  né(e) le:

Sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

Assurance-maladie:  Numéro d'assuré(e)::

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

NPA:  Lieu:

### Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil). Traitements jusqu'à présent:

La patiente/le patient présente une polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère.

Un traitement est prévu:

**en association** à des antirhumatismaux conventionnel, synthétique (csDMARDs), à savoir

y compris le méthotrexate

### Traitement précédent:

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**en monothérapie.** Le traitement précédent par le méthotrexate:

n'a pas été toléré

il existe une contre-indication, à savoir:

Remarques, compléments:

### Médecin requérant:

Nom:  Prénom:

Adresse:  NPA:  Lieu:

Tél.  Fax:  E-Mail:

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

Date: