

Otezla® (Apremilast)

Liste de chèque destinée à la caisse-maladie

Limitatio (extrait Morbus Behçet): Pour le traitement chez les patients adultes des ulcères buccaux persistants associés à la maladie de Behçet, apparus au moins trois fois sur les 12 derniers mois malgré un traitement systémique avec de la colchicine ou, dans certains cas, de l'azathioprine, du thalidomide, de l'interféron alpha ou des anti-TNF-alpha, ou apparus chez des patients présentant des contre-indications démontrées à ces traitements ou ayant dû les arrêter en raison d'effets secondaires cliniquement notables et avérés. Pas en combinaison avec ces traitements. Sont exclus de la prise en charge les patients chez lesquels des atteintes des organes principaux ou du système vasculaire et nerveux ont nécessité la mise en place d'un autre traitement systémique par des immunosuppresseurs ou des immunomodulateurs au cours des 12 derniers mois. Si après 12 semaines de traitement par Otezla, aucun succès thérapeutique n'est apparu, c'est-à-dire une réduction cliniquement pertinente du nombre d'ulcères buccaux, le traitement doit être interrompu.

Données du patient / de la patiente:

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:

Otezla® est utilisé pour le traitement des ulcères buccaux persistants associés à la maladie de Behçet (apparus au moins 3 fois sur les 12 derniers mois).

Aucune atteinte des organes principaux ou du système vasculaire et nerveux n'a nécessité la mise en place d'un traitement par immunosuppresseurs / immunomodulateurs au cours des 12 derniers mois.

Traitement jusqu'à présent ou contre-indications pour d'autres traitements:

Cocher la case correspondante	Efficacité insuffisante	Effets indésirables	Contre-indications
Colchicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azathioprine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thalidomide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interféron-alpha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-TNF-alpha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/Compléments:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date:

(Voir aussi [Liste des spécialités](#))