

Otezla® (Apremilast)**Liste de cheque destinée à la caisse-maladie**

Limitatio (extrait formes sévères de psoriasis en plaque): Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnelles suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Si aucun succès thérapeutique ne s'est manifesté avant de 24 semaines, le traitement doit être interrompu.

Données personnelles du patient (de la patiente)

Nom:		Prénom:		né(e) le:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂	Rue:		Complément d'adresse:	
NPA:		Lieu:			
Assurance:			No de l'assuré(e):		
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):			Complément d'adresse:		
NPA:		Lieu:			

☐ **Otezla® est utilisé pour le traitement du psoriasis en plaques sévère** (PASI ou BSA et/ou le DLQI sont déterminants pour la définition d'un psoriasis en plaque sévère. Il existe

☐ DLQI > 10 ☐ PASI > 10 ☐ BSA > 10

Présence de manifestations spéciales: Les manifestations spéciales chez un patient atteint légèrement peuvent entraîner une classification plus sévère.

- | | |
|---|--|
| ☐ Atteinte de parties du corps très visibles | ☐ Atteinte du cuir chevelu sur une grande surface |
| ☐ Atteinte des paumes des mains, des plantes des pieds et des organes génitaux | ☐ Fortes démangeaisons auxquelles la personne réagit en se grattant |
| ☐ Onycholyse ou onychodystrophie d'au moins deux ongles | ☐ Plaques persistantes |

Traitements jusqu'à présent et contre-indications pour d'autres traitements:

Cocher la case correspondante	Efficacité insuffisante	Effets indésirables	Contre-indications
Photothérapie	☐	☐	☐
Acitrétine	☐	☐	☐
Méthotrexate	☐	☐	☐
Ciclosporine	☐	☐	☐
Autres: 	☐	☐	☐

Remarques:**Médecin:**

Nom:			
Prénom:			
Rue:	NPA:	Lieu:	
Tél.	Fax:	E-mail:	
Exerçant à l'hôpital, donner le nom de l'hôpital:		Département:	
Date:			