

**Limitatio (extrait psoriasis en plaque):** Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie UVB et à la thérapie PUVA ou à l'un des trois traitements systémique suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Si aucun succès thérapeutique ne s'est manifesté avant de 24 semaines, le traitement doit être interrompu. Pas en combinaison avec des agents biologiques. Il ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou rhumatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques. (voir [LS](#)).

**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:

**Otezla® est utilisé pour le traitement du psoriasis en plaques sévère**

PASI ou BSA et/ou DLQI sont décisifs pour la définition d'un psoriasis en plaques sévère. Soit:

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 des paumes des mains, des plantes des pieds et des organes génitaux
- Fort prurit avec grattage
- Atteinte du cuir chevelu sur une grande surface
- Onycholyse ou onychodystrophie d'au moins 2 ongles des doigts
- Plaques tenaces

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

Cocher la case correspondante	Efficacité insuffisante	Effets indésirables	Contre-indications	Remarques
Photothérapie (UVB, PUVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Acitrétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Remarques:

**Médecin:**

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Hôpital:

Service:

Date: