

Remicade® (Infliximab)

Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

(pour l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique ou de la Spondylarthrite ankylosante, pas pour les autres indications. Cette demande concerne:

arthrite rhumatoïde arthrite psoriasique Spondylarthrite ankylosante

Limitatio (extrait de la liste des spécialités):

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant. Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel. Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1.) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2.) après échec des associations méthotrexate/ étanercept ou méthotrexate/ adalimumab. Seuls des rhumatologues/dermatologues ou des cliniques universitaires/polycliniques rhumatologiques/dermatologiques peuvent le prescrire. Pour toutes ces indications: Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse Assuranced (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): Thérapie(s) précédente(s):

<input type="checkbox"/> NSAR, notamment:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> stéroïdes
<input type="checkbox"/> méthotrexate	<input type="checkbox"/> autres DMARDs, le(s)quel(s)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> agent inhibiteur du TNFa, notamment:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> autres, notamment:	<input type="text"/>	

Précédent déroulement de la maladie/remarques:

Médecin traitant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom::	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Déparement:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				