

Stelara® (Ustekinumab)

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

Demande d'utilisation de Stelara® dans les cas de **colite ulcéreuse active modérée à sévère** ou de **maladie de Crohn modérée à sévère**. Pas pour toutes les autres indications.

Limitatio (extrait Colite ulcéreuse): Traitement des patients adultes atteints de colite ulcéreuse active modérée à sévère chez lesquels les traitements conventionnels ou le traitement par un agent biologique ont eu une réponse insuffisante, ne répondent plus, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés. Si aucune réponse clinique n'est observée après 2 doses ou 16 semaines après la première dose (traitement d'induction), le traitement doit être interrompu. Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines dans le cadre du traitement d'entretien chez les patients présentant une activité inflammatoire muqueuse et systémique élevée ainsi qu'une poursuite du traitement par STELARA après un an nécessitent une garantie de prise en charge par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. La prescription ne peut être effectuée que par des médecins spécialistes en gastroentérologie ou des cliniques/policliniques universitaires.

Limitatio (extrait Maladie de Crohn): Traitement de patients adultes atteints de maladie de Crohn active modérée à sévère chez lesquels des thérapies conventionnelles ou le traitement par un antagoniste du TNF- α n'ont pas provoqué de réponse suffisante ou n'ont plus provoqué de réponse, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés. Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines chez les patients avec activité inflammatoire muqueuse ou systémique élevée ainsi qu'une prolongation d'un an du traitement par STELARA nécessitent une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil. Seuls des spécialistes en gastroentérologie ou des hôpitaux/polycliniques universitaires sont habilités à prescrire ce médicament.

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 Assurance (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil): le patient (la patiente) souffre de

colite ulcéreuse active modérée à sévère une maladie de Crohn active modérée à sévère

A. Traitement initial avec Stelara®. Informations sur le prétraitement:

B. Réduction de l'intervalle de dosage à huit semaines en raison d'une forte activité inflammatoire muqueuse et systémique

C. Suite du traitement après une année

Informations sur la thérapie précédente à Stelara®:

Médecin requérant

Médecin spécialiste en Gastroentérologie

Hôpital universitaire/Polyclinique

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"/>
S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:	<input type="text"/>	Service:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				