

Stelara® (Ustekinumab)

Liste de chèque destinée à la caisse-maladie

Limitatio (Auszug Plaque-Psoriasis): Pour le traitement des adultes, la seringue préremplie, le stylo prérempli ou le flacon perforable sont remboursés. Pour le traitement des enfants à partir de 6 ans \geq 60 kg la seringue préremplie ou le flacon perforable sont remboursés. Pour le traitement d'enfants $<$ 60 kg, le flacon perforable est remboursé. La seringue préremplie n'est pas indiquée pour les enfants $<$ 60 kg, le stylo prérempli n'est pas indiqué pour les enfants.

Traitement des patients adultes et des enfants à partir de 6 ans atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 28 semaines de traitement.

Seuls les spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques dermatologiques sont habilités à prescrire ce médicament.

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:

Stelara® est utilisé pour le traitement du psoriasis en plaques sévère (DLQI et/ou PASI ou BSA ou PGA sont cruciaux pour la définition du psoriasis en plaque sévère). Il s'agit de:

DLQI $>$ 10 PASI $>$ 10 BSA $>$ 10 PGA

ou

Présence de manifestations spéciales (des manifestations spéciales chez un patient présentant une atteinte légère peuvent entraîner une classification difficile):

Atteinte du visage Atteinte du cuir chevelu Atteinte des organes génitaux Graves démangeaisons

Atteinte des mains, des doigts et/ou des ongles Plaques persistentes

Traitement(s) jusqu'à présent (cocher ce qui convient): Photothérapie Ciclosporine Méthotrexate Acitrétine

autre(s) produit(s) biologique(s):

Début prévu de la thérapie avec Stelara® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin requérant

Médecin spécialiste en Dermatologie Hôpital universitaire/Polyclinique

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom: Service:

Date: