

Tremfya® (Guselkumab)

Liste de contrôle destinée à la caisse-maladie

Limitatio (extrait Arthrite psoriasique): Traitement des patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seul ou en combinaison avec le méthotrexate (MTX), qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement antérieur par un antirhumatismal systémique classique (csDMARD) ou qui ne l'ont pas toléré. Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament. Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21007.02**. (sol inj 100 mg/1ml stylo pré-rempli)

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):

La patiente/le patient présente une arthrite psoriasique active (rhumatisme psoriasique actif).

Traitement(s) précédent(s):

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Tremfya® (MM/AAAA):

An monothérapie

en combinaison avec Méthotrexate

Remarques/Compléments:

Médecin requérant

spécialiste en rhumatologie

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: