

Pour la colite ulcéreuse, Poursuite du traitement > 12 mois

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Sexe:

☐ ♀☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance-maladie:

No de l'assuré(e):

Adresse de l'Assurance (service du médecin-conseil):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales:☐

Le/la patient(e) souffre d'une colite ulcéreuse active modérée à sévère qui n'a pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel ou à un produit biologique, ne répond plus ou ne peut pas le tolérer

Traitement précédent:

Quel(s) médicaments(s), y c. la dose?

de (MM/AA)

à (MM/AA)

Informations sur l'efficacité:

Début du traitement par Velsipity® (MM/AAAA):

Motif de la demande:

☐

Poursuite du traitement > 12 mois

Justification de la demande:

Médecin requérant ou clinique

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

Si exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital:

Département:

Date: