

Xeljanz® (Tofacitinibum) Demande de garantie prise en charge des coûts à l'attention du médecin-conseil

Pour la **colite ulcéreuse**, pas pour d'autres indications. Selon la limitation des dosages 5 mg et 10 mg.

Code d'indication: 20037.02

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: N° 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.

Traitement précédent:

Quel(s) médicaments(s), y c. la dose?	de (MM/AA)	à (MM/AA)	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 du traitement par Xeljanz® (MM/AA):

Motif de la demande: Augmentation de la dose après la semaine 16 (10mg 2x par Jour)
 Poursuite du traitement > 12 mois

Justification de la demande:

Médecin requérant ou clinique

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-mail:

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

Date: