

# AMGEVITA® (Adalimumab)

## Demande de prise en charge des coûts, prolongation

(pour **Hidradénite suppurée**, pas pour les autres indications)

**Limitatio ( Extrait, concernant des formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil):** Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

### 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"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e)::	<input type="text"/>		
Adresse Assuranced (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

### Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil)

Il s'agit d'une Maladie de Verneuil active modérée à sévère (hidradénite suppurée)

Début planifié du traitement par AMGEVITA ®:: (mois/année)

Demande de prolongation de la prise an charge des coûts après 52 semaines de traitement ininterrompu jusqu'au: (mois/année)

Doit toujours être remplie: évolution jusqu'à présent et état actuel:

### Médecin traitant:

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"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Déparement:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				