

AMGEVITA® (Adalimumab)

Demande de prise en charge des coûts

(pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse; pas pour d'autres indications)

Il s'agit d'un patient atteint de: **Maladie de Crohn** **colite ulcéreuse**

Limitatio(extrait, maladie de Crohn): Traitement des patients adultes et pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu. Le traitement par AMGEVITA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil.

Limitatio (extrait, colite ulcéreuse modérée à grave): Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Le traitement par AMGEVITA exige une garantie préalable de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation du médecin-conseil.

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 Assuranced (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): Thérapie(s) précédente(s)::

<input type="checkbox"/> Prednison, prednisolone	<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Sulfasalasine/mésalazine
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone	<input type="checkbox"/> Azathioprine, 6-mercaptopurin	<input type="checkbox"/> Budésônide
<input type="checkbox"/> Remicade® (Infliximab)	<input type="checkbox"/> traitement nutritionnel primaire (maladie de Crohn pédiatrique)	
<input type="checkbox"/> autre, nottament::	<input type="text"/>	

évolution de la maladie:

Raison du changement à AMGEVITA®: réponse insuffisante intolérance/contre-indication

Début du traitement avecAMGEVITA®: (mois/année)

Médecin traitant:

Nom: Prénom::

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

Date