

Enbrel® (étanercept)

Demande de prise en charge des coûts

Pour le traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, pour aucune autre indication

Limitatio (extrait): Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques qui n'ont pas répondu à une photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 12 semaines, le traitement doit être interrompu. Posologie standard par cycle du traitement: 1 x 50 mg par semaine ou 2 x 25 mg par semaine pendant 24 semaines. Dans des cas exceptionnels, la posologie peut être augmentée au maximum à 2 x 50 mg par semaine pendant 12 semaines. La prescription ne peut être rédigée que par des dermatologues ou des hôpitaux universitaires/polycliniques spécialisé(e)s en dermatologie. Après une demande de garantie de prise en charge des coûts par le médecin-conseil de l'assureur-maladie. Voir aussi la [LS](#).

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC) Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil) Traitements jusqu'à présent :

Traitement(s) jusqu'à présent (cocher ce qui convient): UVB/PUVA Ciclosporine Méthotrexate Acitrétine

Anti-TNF alpha, à savoir:

Début planifié du traitement par Enbrel®:

Évolution observée jusqu'ici, y compris description d'intolérances éventuelles

Médecin traitant:

Médecin spécialiste en dermatologie Hôpital universitaire/policlinique spécialisé(e) en dermatologie

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tel. Fax: E-Mail:

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

Date: