

Humira® (Adalimumab)

Demande de prise en charge des coûts, traitement initial

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

Limitatio (Extrait, concernant Hidradénite suppurée(maladie de Verneuil)): 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. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50% après 12 semaines. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie. Renouvellement de la prise en charge 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"/>	née le	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° de l'assuré(e):	<input type="text"/>		
Adresse Assurancé (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)

Doit toujours être remplie: évolution de la maladie jusque-là, description de la traitement systémique antérieur par antibiotiques et les notes, si cela était insuffisant:

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

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"/>		Département:	<input type="text"/>	
Date:	<input type="text"/>				

Timbre et signature:.....