Inflectra® (Infliximab) **Demande de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil**

(pour la maladie de Crohn et Colite ulcéreuse, pas pour d'autres indications)

◯ **Maladie de Crohn** ◯ **Colite ulcéreuse**

Limitatio (extrait de la liste des spécialités): Traitement des patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel préalable (p. ex. par azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes) était insuffisant. Colite ulcéreuse modérée à sévère: lorsque le traitement conventionnel préalable (p. ex. par azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucostéroïdes) était insuffisant ou n'a pas été toléré Tous les deux traitements nécessite l'approbation de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Données personelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

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 (exclusivement déterminées pour le médecin-conseil): thérapie précédente:

Chez la maladie de Crohn: ☐ azathioprine ☐ 6-mrcaptopurine ☐ stéroïdes

☐ autre, notamment::

Chez Colitie ulcéreuse: ☐ 5-ASA ☐ corticostéroïdes et immunosuppresseurs

☐ autre, notamment:

Début de la thérapie avec Inflectra® (JJ/MM/AAA)

Pour les deux indications, évolution de la maladie:

Médecin-traitant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date:

Timbre/signature:.....