

Tremfya® (Guselkumab)

Liste de contrôle destinée à la caisse-maladie

Limitatio (extrait Arthrite psoriasique): Traitement des patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seul ou en combinaison avec le méthotrexate (MTX), qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement antérieur par un antirhumatismal systémique classique (csDMARD) ou qui ne l'ont pas toléré. Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux universitaires/polycliniques de rhumatologie sont habilités à prescrire ce médicament.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **20752.02.** (sol inj 100 mg/ml ser pré)

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

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

La patiente/le patient présente une arthrite psoriasique active (rhumatisme psoriasique actif).

Traitement(s) précédent(s):

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Tremfya® (MM/AAAA):

An monothérapie

en combinaison avec Méthotrexate

Remarques/Compléments:

Médecin requérant

spécialiste en rhumatologie

Hôpital universitaire/Polyclinique

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom: Service:

Date: