

DEMANDE D'OPTIMALISATION SANS FRAIS D'HUKYNDRA® 40mg TOUTES LES SEMAINES pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte ou de la maladie de Crohn

Ce document est destiné à introduire une demande d'HUKYNDRA à livrer au pharmacien d'hôpital (sur présentation d'une ordonnance libellée «HUKYNDRA sans frais»)

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE OU PÉDIATRIE

IDENTIFICATION DU PATIENT (Veuillez compléter tous les champs ci-dessous)

Initiales

Année de naissance

☐ CD ☐ UC

Dernier accord de remboursement : Valable du :

au

Date de la dernière injection d'HUKYNDRA remboursée :

40mg TOUTES LES SEMAINES (max. 6 conditionnements):

Je demande: ... HUKYNDRA 2 stylos pré-remplis par conditionnement

... HUKYNDRA 2 seringues pré-remplis par conditionnement

80 MG CHAQUE DEUX SEMAINES (max. 6 conditionnements)

Je demande: ... HUKYNDRA 1 stylo pré-rempli par conditionnement

... HUKYNDRA 1 seringue pré-remplie par conditionnement

afin de poursuivre le traitement toutes les semaines par période de 12 semaines, et ce jusqu'à la date limite du dernier accord de remboursement (s'il est ensuite nécessaire de poursuivre le traitement toutes les semaines sous HUKYNDRA, jusqu'à l'obtention du nouvel accord de remboursement, il vous est demandé d'introduire une nouvelle demande).

IDENTIFICATION DU PHARMACIEN (pour la livraison des conditionnements d'HUKYNDRA sans frais)

Nom:

Adresse

E-mail:

Ville:

Téléphone

Code postal:

IDENTIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE OU PÉDIATRIE

Nom Prénom

Hôpital N° INAMI

Adresse E-mail

Code postal/Ville Tél.

Date

Cachet

Signature

Je confirme par la présente que le patient nécessite la poursuite d'un traitement par HUKYNDRA.

A COMPLÉTER PAR LA FIRME (confirmation de la livraison par E-mail)

Référence :

RESET

A envoyer par email hukyndrarequest@eg.be