

AANVRAAG KOSTELOZE UZPRUVO® voor de inductiedosis bij de ziekte van Crohn

Dit document dient als aanvraag voor levering van UZPRUVO aan de ziekenhuisapotheker of perifere apotheker (geleverd aan de patiënt na voorleggen van voorschrift: "kosteloze verpakking UZPRUVO")

IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE GENEESKUNDE

IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT (Gelieve alle onderstaande vakken in te vullen)

Initialen Geboortejaar

Ik bevestig dat de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Bij deze vraag ik de firma om 2 gratis verpakkingen te leveren aan de ziekenhuisapotheker of perifere apotheker, om de inductiebehandeling met UZPRUVO te kunnen starten (cfr KB 01/02/2018 Hfdst IV§11270000).

2 verpakkingen **UZPRUVO 90 mg SPUIT** (2 voorgevulde spuiten 90mg)

IDENTIFICATIE VAN DE APOTHEKER (voor de levering van kosteloze Uzpruvo verpakkingen)

Ziekenhuisapotheker: Stad Ziekenhuis

Perifere apotheek: Naam

Adres E-mail

Postcode/Stad Tel.

IDENTIFICATIE VAN DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE GENEESKUNDE

Naam Voornaam

Ziekenhuis RIZIV N°

Adres E-mail

Postcode/Stad Tel.

Datum / /

Stempel

Handtekening

IN TE VULLEN DOOR DE FIRMA (bevestiging wordt u per e-mail teruggestuurd)

Klantnummer E-mail

Bestelnummer Goedkeuring

Besteldatum / /

INFORMATIE VOOR DE APOTHEKER

Verwachte leveringsdatum / / Referentie: IND UZP

Uzpruvo is goedgekeurd voor de indicaties ziekte van Crohn, plaque psoriasis, plaque psoriasis bij pediatrische patiënten & arthritis psoriatica.

Uzpruvo is momenteel niet goedgekeurd voor de indicatie colitis ulcerosa (omdat de oorspronkelijke fabrikant nog exclusiviteit heeft voor deze indicatie).

RESET

Gelieve deze aanvraag te mailen naar uzpruvorequest@eg.be