

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

Dit document dient als aanvraag voor levering van UZPRUVO aan de ziekenhuisapotheker (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 Geboortjaar Gewicht

Ik bevestig dat de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Bij deze vraag ik de firma om gratis 2, 3 of 4 verpakkingen Uzpruvo 130 mg concentraat voor oplossing voor infusie (afhankelijk van het gewicht: zie keuze behandelingschema hieronder) en 2 verpakkingen van Uzpruvo 90 mg voorgevulde spuit te leveren aan de ziekenhuisapotheker, om de inductiebehandeling met UZPRUVO te kunnen starten (cfr KB 01/02/2018 Hfdst IV§11270000).

UZPRUVO 130mg concentraat voor oplossing voor infusie (1 flacon 130mg): Gelieve 1 optie te selecteren:

- 2 verpakkingen (lichaamsgewicht patiënt ≤55 kg)
OF
3 verpakkingen (lichaamsgewicht patiënt >55 kg en ≤85 kg)
OF
4 verpakkingen (lichaamsgewicht patiënt >85 kg)

EN

UZPRUVO 90mg SPUIT (1 voorgevulde spuit 90mg)

2 verpakkingen

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

Ziekenhuisapotheker: Stad Ziekenhuis

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

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).

Gelieve deze aanvraag te mailen naar uzpruvorequest@eg.be