

DEMANDE D'UZPRUVO® SANS FRAIS pour la dose d'induction dans la maladie de Crohn

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

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE

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

Initiales Année de naissance Poids

J'atteste que le patient satisfait aux conditions de remboursement. Je demande à la société de fournir gratuitement au pharmacien de l'hôpital 2, 3 ou 4 conditionnements d'Uzpruvo 130 mg solution à diluer pour perfusion (en fonction du poids : voir le choix du schéma thérapeutique ci-dessous) et 2 conditionnements d'Uzpruvo 90 mg seringue pré-remplie, afin de commencer le traitement d'induction avec UZPRUVO (cfr AR 01/02/2018 Chap IV§11270000)

UZPRUVO 130mg solution à diluer pour perfusion (1 flacon 130mg): Veuillez choisir 1 option:

- 2 conditionnements (poids corporel du patient ≤55 kg)
- OU
- 3 conditionnements (poids corporel du patient >55 kg et ≤85 kg)
- OU
- 4 conditionnements (poids corporel du patient est >85 kg)

ET

UZPRUVO 90mg (1 seringue pré-remplie 90mg)

- 2 conditionnements d'UZPRUVO 90mg (1 seringue pré-remplie 90mg)

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

Pharmacien d'hôpital : Ville Hôpital

Adresse E-mail

Code postal/Ville Tél.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE

Nom Prénom

Hôpital N° INAMI

Adresse E-mail

Code postal/Ville..... Tél.

Date / /

Cachet

Signature

Uzpruvo est approuvée pour les indications de la maladie de Crohn, du psoriasis en plaques, du psoriasis en plaques de la population pédiatrique et du rhumatisme psoriasique.
Uzpruvo n'est actuellement pas approuvée pour l'indication de la rectocolite hémorragique (parce que le fabricant original a encore l'exclusivité pour cette indication).

A envoyer par e-mail à uzpruvorequest@eg.be