

DEMANDE D'OPTIMALISATION SANS FRAIS D'UZPRUVO® 90mg TOUTES LES 4 SEMAINES pour le traitement de la maladie de Crohn

Ce document est destiné à introduire une demande d'UZPRUVO à livrer au pharmacien d'hôpital ou pharmacien périphérique (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

Dernier accord de remboursement : Valable du : / / 20... au / / 20...

Date de la dernière injection d'UZPRUVO remboursée: / / 20...

90mg TOUTES LES 4 SEMAINES:

Je demande (Max. 7) conditionnements (1 seringue pré-remplie par conditionnement) afin de poursuivre le traitement toutes les 4 semaines jusqu'à la date limite du dernier accord de remboursement.

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

Pharmacien d'hôpital : Ville Hôpital

Pharmacien périphérique : Nom :

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 Postale/Ville..... Tél.

Date / /

Cachet

Signature

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

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

N° de client E-mail

N° de commande Approbation

Date de commande..... / /

INFORMATION POUR LE PHARMACIEN

Date de livraison prévue ... / / Référence: ESC UZP

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).

RESET

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