

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de rectocolite hémorragique chez l'adulte (§ 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus bénéficie actuellement d'un remboursement de la spécialité SIMPONI pour une rectocolite hémorragique sévère.

Valeurs actuelles du Mayo score $\square\square$ et du sous-score rectorragie \square à la semaine 14.

Valeur du sous-score rectorragie actuellement : ☐.

Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une dose de 50 mg (patients < 80 kg) ou de 100 mg (patients ≥ 80 kg) une fois toutes les 4 semaines.

- Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur de SIMPONI lorsqu'une perte de l'amélioration clinique se produit, mesurée par une augmentation de la valeur du sous-score rectorragie.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

--

(signature du médecin)