

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

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

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE OU PÉDIATRIE

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

Initiales Année de naissance

J'atteste que le patient satisfait aux conditions de remboursement. Par la présente, je demande à la firme d'envoyer 2 ou 3 conditionnements HUKYNDRA sans frais (sélectionner le schéma de traitement ci-dessous) pour démarrer la phase d'induction dans le traitement de la maladie de Crohn (cfr AR 21/12/2001 Chap IV§4550000 et AR 01/02/2018 Chap IV§8820000) au pharmacien d'hôpital ou au pharmacien périphérique.

Seringue Stylo

80mg à la semaine 0 et 40mg à la semaine 2

- 2 conditionnements d'HUKYNDRA (4 seringues/stylos préremplis de 40mg)
 2 conditionnements d'HUKYNDRA (1 seringue/stylo prérempli de 80mg + 2 seringues/stylos préremplis de 40mg)

160mg à la semaine 0 et 80mg à la semaine 2

- 3 conditionnements d'HUKYNDRA (6 seringues/stylos préremplis de 40mg)
 3 conditionnements d'HUKYNDRA (3 seringues/stylos préremplis de 80mg)

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

Pharmacien d'hôpital : Ville Hôpital

Pharmacien périphérique : Nom :

Adresse E-mail

Code postal Tél.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTROENTÉROLOGIE OU MÉDECINE INTERNE OU PÉDIATRIE

Nom Prénom

Hôpital N° INAMI

Adresse E-mail

Code postal/Ville Tél.

Date / /

Cachet

Signature