

**DEMANDE D'OPTIMALISATION SANS FRAIS D'HUKYNDRA® 40mg TOUTES LES SEMAINES ou 80mg CHAQUE DEUX SEMAINES pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte ou de la maladie de Crohn**

Ce document est destiné à introduire une demande d'HUKYNDRA à livrer au pharmacien d'hôpital (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 .....  CD  UC

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

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

Seringue

Stylo

**40mg TOUTES LES SEMAINES :**

Je demande ..... (Max. 6) conditionnements (2 seringues/stylos pré-remplis par conditionnement)

**80 mg CHAQUE DEUX SEMAINES:**

Je demande ..... (Max. 6) conditionnements (1 seringue/stylo pré-rempli par conditionnement)

afin de poursuivre le traitement toutes les semaines ou chaque deux semaines par période de 12 semaines, et ce jusqu'à la date limite du dernier accord de remboursement (s'il est ensuite nécessaire de poursuivre le traitement sous HUKYNDRA, jusqu'à l'obtention du nouvel accord de remboursement, il vous est demandé d'introduire une nouvelle demande).

**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

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