

Lettre de demande de prise en charge pour un traitement de deuxième intention du VITILIGO avec Opzelura® (crème de ruxolitinib)

Cher collègue,

- Je confirme que le patient est âgé de plus de 12 ans et a reçu par mes soins le diagnostic de VITILIGO non-segmentaire, incluant une atteinte au visage.
- Je confirme l'absence/la perte de réponse ou l'intolérance à un traitement par corticostéroïdes topiques ou inhibiteurs topiques de la calcineurine, à 6 mois ou après.
- Je confirme la nécessité d'un traitement de seconde ligne avec la crème de ruxolitinib.
- Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil, dans le dossier médical de l'ayant droit, des photos relatives au traitement de première ligne.

Informations du patient :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :/...../..... NISS :

Date du premier diagnostic du VITILIGO :/...../.....

Traitements antérieurs :

1) Initiation des inhibiteurs topique de la calcineurine ou des corticostéroïdes topiques :

Nom du médicament :

Dosage : de/...../..... à/...../..... (période)

Motif de l'arrêt :

2) Autres traitements :

Nom du médicament : Dosage :

Nom du médicament : Dosage :

Avec mes salutations collégiales,

Nom et cachet