

Doorverwijsbrief tweede lijns behandeling van VITILIGO met Opzelura® (ruxolitinib crème)

Geachte collega,

- Ik bevestig dat de patiënt ouder is dan 12 jaar en dat bij hem/haar door mij de diagnose non-segmentale VITILIGO is gesteld, waaronder in het gelaat.
- Ik bevestig afwezigheid of verlies van respons op, of intolerantie aan, een behandeling met topische corticosteroïden of topische calcineurineremmers, voor of na 6 maanden.
- Ik bevestig de nood aan een tweedelijnsbehandeling met ruxolitinib crème.
- Ik bevestig dat ik fotomateriaal m.b.t. de eerstelijnsbehandeling heb en ter beschikking houd van de adviserende geneesheer in het medisch dossier van de rechthebbende.

Patientengegevens:

Voornaam:

Naam:

Geboortedatum:/...../..... **INSZ:**

Datum eerste diagnose VITILIGO:/...../.....

Vorige Behandelingen:

1) Topische corticosteroïde en/of topische calcineurine remmer:

Naam van de medicatie:

Dosis: van/...../..... tot/...../..... (periode)

Reden van stopzetting:

2) Andere medicatie:

Naam van de medicatie: **Dosis:**

Naam van de medicatie: **Dosis:**

Met collegiale groeten,

Naam en stempel