

AANVRAAG KOSTELOZE ESCALATIE HUMIRA® 40mg WEKELIJKS voor de behandeling van ernstige colitis ulcerosa bij volwassenen of de ziekte van Crohn

Dit document dient als aanvraag voor levering van HUMIRA® aan de apotheker naar keuze van de patiënt (geleverd aan de patiënt na voorleggen van voorschrift: "kosteloze verpakking HUMIRA®")

IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE GENEESKUNDE OF PEDIATRIE

IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT (Gelieve alle onderstaande vakken in te vullen)

Initialen Geboortjaar CD UC
Laatste goedkeuring van terugbetaling: Geldig van : / / 20.... tot / / 20....
Datum van de laatste terugbetaalde HUMIRA® injectie : / / 20....
 Spuit Pen

40mg WEKELIJKS:

Ik vraag.....(Max. 6) verpakkingen (2 voorgevulde spuit/pennen per verpakking) om de wekelijkse behandeling per periode van 12 weken verder te zetten, en dit uiterlijk tot het einde van de laatste goedkeuring van terugbetaling (indien u het nodig acht om de wekelijkse behandeling met Humira® nadien nog verder te zetten totdat een nieuwe terugbetaling kan bekomen worden, dient u een nieuwe aanvraag te doen).

IDENTIFICATIE VAN DE APOTHEKER (voor de levering van kosteloze HUMIRA® verpakkingen)

Ziekenhuisapothek: Stad..... Ziekenhuis
 Perifere apothek: Naam
Adres..... E-mail
Postcode/Stad..... Tel

IDENTIFICATIE VAN DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE-GENEESKUNDE OF PEDIATRIE

Prof./Dr Ziekenhuis
Adres..... E-mail
Postcode/Stad..... Tel
Datum / / Stempel
Handtekening

Ik bevestig hierbij dat de patiënt een verdere behandeling met HUMIRA® nodig heeft.

IN TE VULLEN DOOR DE FIRMA (bevestiging wordt u per e-mail teruggestuurd)

Klantnummer..... E-mail.....
Bestelnummer Goedkeuring.....
Besteldatum / /

INFORMATIE VOOR DE APOTHEKER

Verwachte leveringsdatum / / Referentie: IND HUM

**Gelieve deze aanvraag te faxen naar 010/ 477 906
of mailen naar HumiraRequest@abbvie.com**