

# AANVRAAG KOSTELOZE HUMIRA® Voor de inductiedosis bij 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 .....

Ik bevestig dat de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Bij deze vraag ik de firma om 2 of 3 gratis verpakkingen (zie keuze behandelingsschema onderaan) te leveren aan de apotheker naar keuze van de patiënt, omde inductiebehandeling met HUMIRA® te kunnen starten (cfr KB21/ 12/ 2001Hfdst IV§4550000 en KB01/ 02/ 2018 Hfdst IV§8820000).

Spuit     Pen     Spuit 20mg (pediatrische patiënt <40kg)

#### 40mg op week 0 en 20mg op week 2

2 verpakkingen Humira® (4 voorgevulde spuitpen van 20mg)

#### 80mg op week 0 en 40mg op week 2

2 verpakkingen Humira® (4 voorgevulde spuitpen van 40mg)

2 verpakkingen Humira® (1 voorgevulde spuit/pen van 80mg + 2 voorgevulde spuitpen van 40 mg)

#### 160mg op week 0 en 80mg op week 2

3 verpakkingen Humira® (6 voorgevulde spuitpen van 40mg)

3 verpakkingen Humira® (3 voorgevulde spuitpen van 80mg)

### 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

## 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**