

Administration toutes les 4 semaines
Administration toutes les 2 semaines
Pas d'administration - pas de données

Conversion en nombre de seringues et stylos prérempli(e)s pour la demande initiale (24 semaines) :

Dose (mg)	Toutes les 2 semaines			Toutes les 4 semaines		
	Nombre de seringues de 75 mg	Nombre de seringues de 150 mg	Nombre de stylos de 300 mg	Nombre de seringues de 75 mg	Nombre de seringues de 150 mg	Nombre de stylos de 300 mg
75	-	-	-	6	0	0
150	-	-	-	0	4	0
225	12	12	0	6	4	0
300	0	0	12	0	0	6
375	12	0	12	6	0	6
450	0	0	12	0	6	6
525	12	12	12	-	-	-
600	0	0	24	0	0	12

Nombre de seringues préremplies de 75 mg requises :

- ☐ 0
☐ 6
☐ 12

Nombre de seringues préremplies de 150 mg requises :

- ☐ 0
☐ 6
☐ 12

Nombre de stylos préremplis de 300 mg requis :

- ☐ 0
☐ 6
☐ 12
☐ 24

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)