**Dr Prénom NOM**

Dermatologue

N° RPPS

Adresse

Cp – Ville

Téléphone

Fait à \_\_\_\_\_\_\_

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nom et prénom du patient

DDN

**Médicament bénéficiant du dispositif d’accès direct**

**A récupérer à la pharmacie de rétrocession hospitalière la plus proche.**

RUXOLITINIB 1,5% crème (Opzelura) :

Appliquer en fine couche matin et soir sur les zones dépigmentées de la peau et se laver les mains après application (sauf si vitiligo sur les mains)

 sur un maximum de 10 % de la surface corporelle

 en respectant un intervalle minimum de 8 heures entre 2 applications

Ne pas utiliser plus de 2 tubes de 100g par mois.

Renouvelable

Signature du médecin