

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ROACTEMRA pour une arthrite rhumatoïde (§ 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une polyarthrite rhumatoïde insuffisamment contrôlée, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable d'au moins deux SAARD (Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs) dont au moins le méthotrexate;
- Conditions relatives à l'obtention d'un score DAS28 d'au moins 3,7;
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose.

J'atteste que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

1. Méthotrexate :

- Depuis le 01 / 01 / 2022 (Date de début) ⁽³⁾
- A la dose de 15 mg par semaine ⁽⁴⁾
- Pendant 12 semaines (Durée du traitement) ⁽⁵⁾
- Administré par voie ⁽⁶⁾:
 - ☐ intramusculaire
 - ☐ orale
- En cas d'un éventuel non respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines, éléments ⁽⁷⁾ démontrant l'intolérance à cette posologie:

.....

.....

2.⁽⁸⁾ (les sels d'or, ou la salazopyrine, ou le léflunomide);

- Depuis le 00 / 00 / 0000 (Date de début) ⁽⁹⁾
- A la dose de 0000 mg par jour ⁽¹⁰⁾
- Pendant 000 semaines (Durée du traitement) ⁽¹¹⁾

J'atteste que chez ce patient un score DAS28 a été obtenu de : (valeur), le / / (Date à laquelle le score DAS28 a été déterminé)

J'atteste que le patient a rempli lui-même le questionnaire HAQ figurant au point V du présent formulaire:

le / / (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) ⁽¹⁴⁾ et qu'il a y obtenu un score brut de:

□□ sur 60 (somme des cotes obtenues pour toutes les questions) ⁽¹⁵⁾ qui, exprimé en pourcentage, correspond à un index du HAQ de :
□□ sur 100 ⁽¹⁶⁾.

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité ROACTEMRA.

| | | |
|---|------------|------------------------------|
| ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■ | (nom) | |
| ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■ | (prénom) | |
| 1-■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■ | (N° INAMI) | |
| ■■■ / ■■■ / ■■■■■ | (Date) | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> (CACHET) | | (SIGNATURE DU MEDECIN) |

(Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.)

| | Sans AUCUNE difficulté | Avec QUELQUE difficulté | Avec BEAUCOUP de difficulté | INCAPABLE de la faire |
|--|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1) S'HABILLER ET SE PREPARER : | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. vous laver les cheveux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) SE LEVER: | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. vous lever d'une chaise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. vous mettre au lit et vous lever du lit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) MANGER: | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. couper votre viande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. porter à votre bouche une tasse ou un verre bien plein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) MARCHER: | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. marcher en terrain plat à l'extérieur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. monter 5 marches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) HYGIENE: | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. vous laver et vous sécher entièrement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. prendre un bain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. vous asseoir et vous relever des toilettes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ATTRAPER : | | | | |
| Etes-vous capable de: | | | | |
| a. prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b. vous baisser pour ramasser un vêtement par terre? ☐ ☐ ☐ ☐

7) PREHENSION:

Etes-vous capable de:

a. ouvrir une porte de voiture? ☐ ☐ ☐ ☐
 b. dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois? ☐ ☐ ☐ ☐
 c. ouvrir et fermer un robinet? ☐ ☐ ☐ ☐

8) AUTRES ACTIVITES:

Etes-vous capable de:

a. faire vos courses ? ☐ ☐ ☐ ☐
 b. monter et descendre de voiture? ☐ ☐ ☐ ☐
 c. faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage? ☐ ☐ ☐ ☐

Sans
AUCUNE
difficulté

QUELQUE
PEU
inconfortable

Limité à
certaines
positions ou très
inconfortable

IMPOSSIBLE
à cause de la
polyarthrite

(Cote attribuée à chaque colonne)

(0)

(1)

(2)

(3)

uu / uu / uuuuu (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) ⁽¹⁴⁾

..... (Signature du patient)

V – (Le cas échéant):

Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

☐ ⁽¹⁸⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif

☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :

- (traitement anti-tuberculeux administré) ⁽¹⁹⁾
- Depuis le uu / uu / uuuuu (date de début) ⁽²⁰⁾
- Durant uuu semaines (durée du traitement) ⁽²¹⁾

☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

VI – Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

uuuuuuuuuuuuuuuuuuuu (nom)

uuuuuuuuuuuuuuuuuuuu (prénom)

1-uuuuuu-uu-uuuu (N° INAMI)

uu / uu / uuuuu (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)