ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité ORENCIA pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire active (§ 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ORENCIA chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration d'ORENCIA (cochez et complétez les cases appropriées):

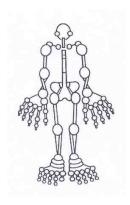
J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé de 6 ans et plus qui présente une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire active modérée à sévère, et qu'il a déjà reçu au préalable de façon optimale des traitements de fond, dont l'anti-TNF suivant பபபபபப. (NB: Ce traitement par anti-TNF doit avoir été remboursé sur base des conditions du § du chapitre IV qui lui sont applicables.)

Celui-ci, utilisé à dose optimale pendant au moins 3 mois, a donné lieu à une réponse inadéquate.

Conditions relatives à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations;

J'atteste que j'ai observé cliniquement une synovite active :

- le uu/uu/uuu (Date de l'examen clinique) (6)
- au niveau des articulations suivantes (au moins quatre)
 (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre)⁽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 latente.

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

- ⊔ ⁽⁸⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ⊔ ⁽⁹⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point V du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir V).

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité ORENCIA en association avec le méthotrexate pendant une période de 6 mois. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer les 6 premiers mois de traitement est mentionné ci-dessous, en tenant compte:

- que le poids de mon patient est:
 - -de ⊔⊔⊔ kg (Poids du patient)
 - -le uu / uu / uuu (Date à laquelle le patient a été pesé)
- que la posologie que j'estime nécessaire pour des patients pédiatriques avec AJI pesant moins de 75 kg est de 10 mg/kg, et pour les patients pédiatriques pesant 75 kg ou plus une dose correspondant à celle de l'adulte, ce qui mène à:

un nombre de conditionnements de 250 mg par perfusion à raison

-de 1 (poids corporel au-dessous 25 kg): ⊔⊔⁽¹⁾

-de 3 (poids corporel entre 50kg et 100 kg): ⊔⊔ ⁽¹⁾ -de 4 (poids corporel au-dessus de 100 kg): ⊔⊔ ⁽¹⁾
ce qui, pour le premier traitement de 6 mois, porte le nombre de conditionnements nécessaires à un total de : □□ (maximum 8) x □□ (maximum 8) conditionnements de 250mg
En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans a situation attestée.
Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au deveni du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile diopathique polyarticulaire:
l'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire sur base des éléments suivants:
1. ⊔ Je suis attaché depuis ⊔⊔⊔ mois (depuis le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔) au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge <u>pluridisciplinaire</u> de la rhumatologie pédiatrique: Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :
2. ⊔ Autres éléments que j'estime pertinents:
E. E. ratios demand que j estimo permiente.
(Références complémentaires éventuelles en annexe: ⊔)
V – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, NªNAMI):
V – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, NANAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, NªNAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, NªNAMI):

-de 2 (poids corporel entre 25 kg et 50 kg): $\sqcup\sqcup^{(1)}$

	ctuelle de tuberculose évolutive é la suspicion d'une TBC late nistré.		at prophylactique	d'une réactivation	d'une
Identification du médecin spé	écialiste en pneumologie (nom	, prénom, adresse, N°INA	MI):		
	(non	1)			
	(pré	nom)			
1 -	- [] (n° INAMI)				
/(da	ate)				
	(cachet)		. (signature d	u médecin)	