

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité ORENCIA pour une arthrite rhumatoïde (§ 5090000 du chapitre IV de l'A.B. du 21 décembre 2001)

Le soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ORENCIA, pendant au moins 6 mois et que ce traitement, débuté en date du / / , s'est montré efficace, car une réponse « moyenne » (une diminution du score DAS28 entre 0,6 et 1,2) ou « bonne » (une diminution du score DAS28 > 1,2) selon le critère EULAR au niveau du score DAS28 actuel a été obtenue.

Amélioration du DAS28 par rapport à la valeur basale avant le traitement	> 1.2	0.6 - 1.2
Score DAS28 actuel		
< 3.2	Bonne réponse	Réponse moyenne
3.2 – 5.1	Réponse moyenne	Réponse moyenne
> 5.1	Réponse moyenne	Pas de Réponse

1) Dans le cas d'une administration d'Orencia 250 mg en perfusion intraveineuse, je tiens compte :

La date présumée de début de la prolongation du traitement : 00/00/0000

- de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /
- du nombre de conditionnements de 125 mg pour administration par voie sous-cutanée pour assurer le traitement pendant 12 mois : (maximum 13) conditionnements de Orencia 125mg x 4 seringues

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 devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5090000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

_____ (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--	--

(cachet)

.....

(signature du médecin)