## ANNEXE C : Modèle du formulaire de demande de prolongation :

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité HUMIRA pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive (§ 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

## I – 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, spécialiste reconnu en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est de 13 ans à 17 ans inclus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité HUMIRA pendant au moins six mois pour une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive insuffisamment contrôlée.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité HUMIRA pendant une période de 12 mois. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte d'une dose maximale de 40 mg, administrée une fois toutes les deux semaines par voie sous-cutanée :

• le nombre total de conditionnements nécessaires :

⊔⊔ conditionnements de 2 flacons Humira 40 mg solution injectable en seringue préremplie ou en stylo prérempli (maximum 13 conditionnements de 2 flacons)

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la 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 devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 6520000 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 idiopathique polyarticulaire:

J'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:

<ul> <li>I. ⊔ Je suis attaché depuis ⊔⊔⊔ m au centre mentionné ci-après, pédiatrique:</li> <li>Le nom et l'adresse exacte de ce</li> </ul>	spécialisé dans la prise e	n charge <u>pluridisciplinair</u>	<u>re</u> de la rhumatologie

∆utres éléments que j'estim	ne pertinents:				
annexe: ⊔)		(Réfé	érences complé	ementaires év	ventuelles en
III – Identification du médecin expérimenté dans le diagnostic prénom, adresse, N°INAMI) :					
	(nom) (prénom)				
UU 1-UUUUU-UU-UUU UU / UU / UUUU	(N°INAMI) (DATE)				
	(CACHET)			(SIGNAT MEDE	