## ANNEXE B-2: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type d'oligo-articulaire:

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité HUMIRA pour une arthrite psoriasique de type oligoarticulaire (§ 3650000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(à conserver par le médecin spécialiste demandeur et à tenir à la disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

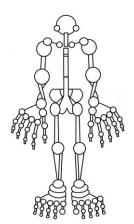
## II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 17 ans, est atteint d'une arthrite psoriasique de type oligo-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a-2) du § 3650000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable
  - 1) d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
  - 2) de sulfasalazine pendant au moins 12 semaines;
  - 3) de méthotrexate pendant au moins 12 semaines ;
  - 4) deux séances de thérapie locale (intra-articulaire) avec stéroides dans la même articulation, à moins d'une contra-indication documentée, endéans 3 mois.
- Conditions relatives à la présence d'une arthrite active au niveau d'au moins 3 articulations dont au moins une est une articulation majeure :
- Conditions relatives à l'obtention d'un score d'au moins 4 au NRS (Numerical Rating Scale) évalué séparément par le patient et par la médecin
- 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 des lésions articulaires ont été mises en évidence par radiologie:

•	Le _/_/ (date) (1)	
•	Au niveau de :(localisation articulaire) (2)	
J'attes	que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants :	
	1. Sulfasalazine  •Depuis le// (Date de début) (3')  •A la dose de mg par jour (4')  •Pendant semaines (Durée du traitement) (5')	
	<ul> <li>2. Méthotrexate</li> <li>Depuis le// (Date de début) (3)</li> <li>A la dose de mg par semaine (4)</li> <li>Pendant semaines (Durée du traitement) (5)</li> <li>Administré par voie : (6)</li></ul>	noins
J'attes	que le patient sus-mentionné a suivi deux séances de thérapie locale endéans 3 mois  Date de première séance ://  Date de seconde séance ://	
J'attes	que j'ai observé cliniquement une arthrite active :  Le/ (Date de début) (12)  Au niveau des articulations suivantes (au moins 3)  (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre) (13)	



J'atteste que le patient a rem point V du présent formulaire		l'évaluat	tion NRS	(Numerica	al Ratino	g Scale	) pour l	'articula	ion ma	ajeure la plus atteinte figurant a
<ul><li>Le// (Dat</li><li>Il a obtenu un score</li></ul>	•	e patient	a rempli s	son évalua	ation)					
J'atteste que j'ai moi-même r du présent formulaire :	empli l'évalu	ation NR	S (Numei	rical Ratino	g Scale)	pour l'	articula	tion maj	eure la	a plus atteinte figurant au point
<ul><li>Le/_/ (Date</li><li>J'ai obtenu un score</li></ul>	-	e médecir	n a rempli	i son évalu	uation))					
J'atteste que l'absence actue	lle de tuberci	ulose évo	olutive cor	respond c	hez ce ¡	oatient :	à la situ	ation do	nt la ca	ase est cochée cidessous:
	naire positive n spécialiste	e ou Tes en pneu	t de Mar mologie a	ntoux posi au point V	tif : une I du pré	é évent sent fo	rmulair	e. Une e	éventue	l'objet d'un traitement adéqua elle TBC latente, fait l'objet d'u imologie (voir VI).
De ce fait, j'atteste que ce pa	tient nécessi	te de rec	evoir un t	raitement :	avec la	spéciali	ité HUM	IIRA.		
III - Identification du médeo	in spécialis	te en rhu	umatolog	ie (nom, p	<u>orénom</u>	, adres	se, N°I	NAMI) :		
(nom (prér 1(N° INAMI) /(Date)										
	(CACH	IET)					. (SIGN	ATURE	DU ME	EDECIN)
IV – Echelle d'évaluation NI  le patient dont l'iden  le médecin dont l'ide	itité est menti	onnée au	point 1;		einte, à	<u>rempli</u>	r par			
										ajeure la plus atteinte <u>durant le</u> lée, raide, restrictive dans vo
Aucune activité de la maladie	□ □ □ 0 1	□ 2	3 4		□ 6	□ <b>7</b>	□ 8	9	□ 10	Activité maximale de la maladie
•// (Date à	laquelle l'éva	luation a	été remp		O	,	O	IJ	10	

<u>iviedeciii</u> .	Comment	evaluez-	vous a	ujouru	iiui i ac	aivile u	C la IIIa	ilaule ai	u IIIvea	u ue ra	liculati	on maje	cui e ia p	nus attenne	de volle pallent :	
		Aucune activité												Activité	maximale	
	de la ma	liadie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	de la ma	iadie	
	<u> </u>						emplie)	)								
V – Le ca	as échéan	<u>t :</u>														
	igné, docte suivante :	eur en m	édecin	e, spé	cialiste	reconi	nu en p	oneumo	ologie, d	ertifie	que le	patient	mentior	nné ci-dess	sus se trouve dans	la
□ Ì'attes	idiographie te qu'il a re	çu un tra	itemen	t adéq	uat de	l'affecti	on tube	erculeus				\ (47\				
Depuis le	// semaine	(date d	le débu	it) (24)		(u c	anemer	ii ariii-ii	ubercui	eux aui	ninisire	) (17)				
□ Je cor	firme donc firme qu'é e est admi	tant donr									at prop	hylactiq	jue d'un	e réactivat	ion d'une tuberculo	se
VI - Ideni	tification o	du médec	in spé	cialist	e en p	neumo	ologie (	nom, p	<u>rénom</u>	adres	se, N°II	NAMI) :	<u>.</u>			
 1 //	(N°	NAMI)	n) nom)													
				(CACI	HET)				(SI	GNATL	JRE DL	J MEDE	ECIN)			