

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)

[illegible]

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 poly-articulaire évolutive insuffisamment contrôlée.

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)

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.

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:

1. ☐ Je suis attaché depuis mois (depuis le / /)
au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie
pédiatrique:

.....

.....

.....

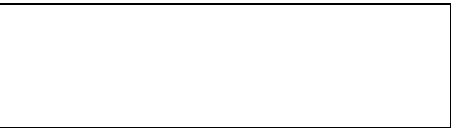
.....

2. □ Autres éléments que j'estime pertinents:

.....
.....
.....
..... (Références complémentaires éventuelles en annexe: □)

III – 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) :

□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
□□
□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
□□
1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)
□□ / □□ / □□□□ (DATE)



(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)