

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité REMICADE pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria) (§ 2960000 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)

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 spondylarthrite ankylosante selon les Modified New York Criteria répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 2960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à la présence de symptômes axiaux graves, mesurés par un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) d'au moins 4;
- Conditions relatives à un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé;
- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation préalable et optimale d'au moins deux AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) à des doses anti-inflammatoires pendant au moins trois mois ou une contre-indication médicale de l'utilisation d'AINS;
- 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 les deux médicaments anti-inflammatoires non-steroidiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants :

$$1 \dots \dots \dots (1)$$

- Depuis le 00/00/0000 (date de début) ⁽²⁾
- A la dose de 00 mg par jour ⁽³⁾
- Pendant 000 semaines (durée du traitement) ⁽⁴⁾

2 : (5)

- Depuis le / / (date de début) ⁽⁶⁾
- La dose de mg par jour ⁽⁷⁾
- Pendant semaines (durée du traitement) ⁽⁸⁾

En cas de contre-indication médicale quant à l'usage de AINS, description des éléments ⁽⁹⁾ démontrant l'intolérance à cette posologie:

J'atteste qu'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale a été observé:

- le (date de l'analyse de laboratoire) ⁽¹⁰⁾
- valeur de CRP obtenue : mg/l ⁽¹¹⁾
- valeur normale de la CRP : mg/l ⁽¹²⁾

J'atteste que le patient a complété lui-même le questionnaire BASDAI figurant au point V du présent formulaire:

le uu/uu/uuuu (Date à laquelle le questionnaire a été complété) ⁽¹³⁾

et qu'il a y obtenu un score de:

- $$- \quad \text{sur } 10^{(14)}$$

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

- ☐⁽¹⁵⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs;
- ☐⁽¹⁶⁾ 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 VI 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 VI).

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité REMICADE.

Nombre d'heures	0	¼	½	¾	1	1¼	1½	1¾	≥ 2
Score	0	1,25	2,5	3,75	5	6,25	7,5	8,75	10

BASDAI score: a) score total des questions 1 à 4:/ 40
b) moyenne du score des questions 5 et 6:/ 10
c) Total (a+b):/ 50
d) Total final: □□⁽¹⁴⁾/ 10

□□ / □□ / □□□□ (Date à laquelle le questionnaire a été complété)⁽¹³⁾ (Signature du patient)

V – (Le cas échéant):

• Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

☐⁽¹⁶⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif

☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :

- (traitement anti-tuberculeux administré)⁽¹⁷⁾
- Depuis le □□ / □□ / □□□□ (date de début)⁽¹⁸⁾
- Durant □□□□ semaines (durée du traitement)⁽¹⁹⁾

☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

• Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

□1 - □□□□□ - □□□ - □□□□ (n° INAMI)

□□□ / □□□ / □□□□□ (date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)