## ANNEXE B: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement :

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ENBREL pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria) (§ 3150000 du chapitre IV de l'Annexe I 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)

## I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

## 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 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 § 3150000 du chapitre IV de l'Annexe I 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'attes	te que les deux médicaments anti-inflammatoires non-steroïdiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants :
1	. (1)
A la do	s le பப/பப/பபபப (date de début) <sup>(2)</sup> ose de பப mg par jour <sup>(3)</sup> nt பபப semaines (durée du traitement) <sup>(4)</sup>
2	
A la do Penda	s le பப/பப/பபபப (date de début) <sup>(6)</sup> ose de பப mg par jour <sup>(7)</sup> nt பபப semaines (durée du traitement) <sup>(8)</sup>
	de contre-indication médicale quant à l'usage de AINS, description des éléments <sup>(9)</sup> démontrant l'intolérance à cette posologie:
J'attes le ⊔⊔/i valeur	te qu'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale a été observé: ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (date de l'analyse de laboratoire) <sup>(10)</sup> de CRP obtenue : ⊔⊔⊔ mg/l <sup>(11)</sup> normale de la CRP : ⊔⊔⊔ mg/l <sup>(12)</sup>
	te que le patient a complété lui-même le questionnaire BASDAI figurant au point V du présent formulaire: ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (Date à laquelle le questionnaire a été complété) <sup>(13)</sup>
	a y obtenu un score de : r 10 (moyenne des valeurs obtenues pour chaque question séparée) <sup>(14)</sup>
J'attes ⊔ <sup>(15)</sup> ⊔ <sup>(16)</sup>	te que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous : Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ; 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 ba	se de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité ENBREL.

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)

00000000000000000000000000000000000000				(prér (N° I (DA)	NAN														
						(CAC	CHE	T)							(	SIGNA <sup>-</sup>	TURE	DU MEI	DECIN)
IV – C		naire	<u>d'év</u>	aluation	de	<u>l'activit</u>	é de	e la mala	<u>adie</u>	(BASDA	d), á	à complé	<u>éter</u>	par le p	atien	t dont l	l'iden	<u>ıtité est ı</u>	mentionnée au
(Ve	euillez in	diquer	d'un	e croix la	a cas	e qui dé	crit	le mieux	vos	capacité	s au	cours de	e la s	semaine	précé	dente)			
1)	COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE FATIGUE ?																		
	0	1		2		3		4	5		6	7		8		9	1	0	
	ABSE	ENT													EXTR	EME			
2)										GLOBAL ARTHRIT							U, D	U DOS	ET DES
	0	1		2		3	_	4	5		6	7		8		9	1	0	
	ABSE	ENT													EXTR	EME			
3)				LUERIE		OUS VC	TRI	E DEGR	ÉG	SLOBAL	DE	DOULEU	JR/G	SONFLE	MENT	EN DE	EHOF	RS DU C	OU, DU
	0	1		2		3		4	5		6	7		8		9	1	0	
	ABSE	ENT													EXTR	EME			
4) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE GÈNE POUR LES ZONES SENSIBLES A À LA PRESSION ?							'N TONC	HER OU											
	0	1		2		3		4	5		6	7		8		9	1	0	
	ABSE	ENT													EXTR	EME			
5)	СОМ	MENT	ÉVA	LUERIE	Z-VC	OUS VO	TRE	DEGRÉ	GL	OBAL DE	E RA	IDEUR N	ЛАТ	INALE D	EPUI	S VOTR	RE RÉ	ÉVEIL ?	
	0	1		2		3	[	4	5		6	7		8		9	1	0	
	ABSE	ENT													EXTR	EME			
6) COMBIEN DE TEMPS DURE VOTRE RAIDEUR MATINALE APRES VOTRE RÉVEIL ?																			
Noml			] [				] [		1		]		]		]				
d'heu	ires	0		1/4		1/2		3/4		1		1 1/4		1 ½		1 3⁄4		≥2	
Score	Э	0		1,25		2,5		3,75		5		6,25		7,5		8,75		10	

total des scores des questions 1 à 4 : Moyenne des scores des questions 5 Total (a+b) :/50 Total final :/10			
עוועועועוע (date à laquelle le c	questionnaire a été	e rempli)	
	(Signature du	patient)	
V – (Le cas échéant) Eléments à a	ttester par un mé	decin spécialiste en pneumologie :	
Je soussigné, docteur en médecine, situation suivante :	spécialiste recon	nu en pneumologie, certifie que le patient	mentionné ci-dessus se trouve dans la
⊔ <sup>(16)</sup> Radiographie pulmonaire positiv	e ou Test de Man	toux positif	
ப J'atteste qu'il a reçu un traitement வ Depuis le பப/பப/பபபப (date de Durant பபப semaines (durée du	début) <sup>(18)</sup>	tion tuberculeuse, en l'occurrence : . (traitement anti-tuberculeux administré) <sup>(1)</sup>	7)
⊔ Je confirme donc l'absence actuell ⊔ Je confirme qu'étant donné la susp		evolutive chez ce patient. atente, un traitement adéquat prophylactiqu	ue d'une réactivation est administré.
VI - Identification du médecin spéc	ialiste en pneum	ologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI)	1:
00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)