	modérées à sévères de spasticité focale du poignet et/ ou de la main post AVC chez l'adulte (§ 5720000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom N° d'affiliation à l'O.A.) :
Į	
	II - Eléments à attester par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en neurologie dans le cas d'une première demande :
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
	⊔ médecine physique et réadaptation (ou)
	⊔ neurologie,
	certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'une spasticité focale du poignet et/ou de la main documentée, consécutive à un AVC, et remplit simultanément toutes les conditions du § 5720000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.décembre.2001.
	Je confirme que ce patient présente un score sur l'échelle modifiée de Ashworth (MAS) ≥ 2 pour la spasticité du poignet et/ou des doigts.
	Je confirme que ce patient ne présente pas de contracture définitive et ne répond pas au traitement physique seul.
	Je confirme que ce patient est suivi par une équipe de revalidation multidisciplinaire.
	L'(es) objectif(s) thérapeutique(s) suivant(s) a (ont) été défini(s) par le patient en concertation avec l'équipe de revalidation multidisciplinaire avant de démarrer le traitement avec BOTOX :
	J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité BOTOX pendant une période de 6 mois (maximum 400 unités Allergan).
	Je m'engage à arrêter le traitement par BOTOX de façon définitive dans le cas où le patient n'a pas répondu de façon satisfaisante à 2 injections successives (score GAS < 50).
	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.
	III - Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en neurologie dans le cas d'une demande de prolongation ;
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
	<ul> <li>□ médecine physique et réadaptation</li> <li>(ou)</li> </ul>
	⊔ neurologie,
	certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité BOTOX pendant au moins 6 mois pour une spasticité focale du poignet et/ ou de la main post AVC.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace. Ceci est démontré par un score sur l'échelle Goal Attainment Scale (GAS) ≥ 50 pour l

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir une prolongation du remboursement de la spécialité BOTOX pendant une nouvelle période

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation

(es) objectif(s) thérapeutique(s) personnel(s) prédéfini(s) et mesuré(s) par l'équipe de revalidation multidisciplinaire.

de 12 mois (maximum 800 unités Allergan BOTOX).

attestée.

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité BOTOX pour le traitement des formes

ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

IV - Identification du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en neurologie (nom, prénom, adress N°INAMI) :
(nom)
(prénom)
1 - [ ] - [ ] - [ ] (n° INAMI)
/(date)
(cachet) (signature du médecin)