

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non remboursé de plus de trois mois avec la spécialité ROACTEMRA pour le traitement d'une arthrite juvénile idiopathique active (§ 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)  
(Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de six mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent paragraphe § 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique, certifie qu'il s'agit d'un patient âgé de 2 ans et plus, qui remplissait toutes les conditions de remboursement pour un traitement d'une arthrite juvénile idiopathique systémique active avec la spécialité ROACTEMRA qui a été administrée sans remboursement pendant plus de 3 mois.

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation préalable et optimale d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), pendant au moins deux à quatre semaines ou en cas de contre indication médicale de l'utilisation d'AINS,
- Conditions relatives à la nécessité d'utiliser des corticoïdes systémiques à une dose quotidienne d'au moins 1 mg/kg/jour d'équivalent prednisone (ou 30 mg/jour) après 3 mois de traitement ou d'au moins 0,3 mg/kg/jour (ou 10 mg/jour) après 6 mois de traitement afin de contrôler complètement ou partiellement les symptômes de la maladie sur le plan systémique et/ou articulaire,
- Conditions relatives à la présence d'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé,
- 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.

Ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la prolongation du traitement avec la spécialité ROACTEMRA 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 :

- que le poids de mon patient est:
  - de 000 kg (Poids du patient)
  - le 00/00/0000 (Date à laquelle le patient a été pesé)
- d'une dose maximale de 8 mg/kg chez les patients dont le poids est supérieur ou égal à 30 kg, ou de 12 mg/kg chez les patients pesant moins de 30 kg par perfusion, une fois toutes les 2 semaines
- que le nombre de conditionnements par perfusion est de:
  - de 00 flacon(s) de solution à diluer de 4 ml
  - de 00 flacon(s) de solution à diluer de 10 ml
  - de 00 flacon(s) de solution à diluer de 20 ml

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 §6150000 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 systémique 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 :

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....  
.....  
.....

2. ☐ Autres éléments que j'estime pertinents:

.....  
.....  
.....

(Références complémentaires éventuelles en annexe: ☐)

**III – Rapport complémentaire indispensable:**

Comme l'imposent les dispositions du point e') du § 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec la spécialité ROACTEMRA administrée en association ou non avec le méthotrexate.

**IV – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

..... (nom)  
..... (prénom)  
1-..... (N° INAMI)  
.. / .. / ..... (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)