

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de 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)

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 a déjà bénéficié du remboursement d'un traitement d'induction de la spécialité REMICADE pendant 6 semaines.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 50 % du score du BASDAI ou par une amélioration absolue de 2 points, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité REMICADE pendant une période de 12 mois. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer ce traitement pendant 12 mois.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 5 mg/kg par perfusion toutes les 8 semaines pour le traitement d'entretien, ou d'une dose de 5 mg/kg par perfusion toutes les 6 semaines, en cas de rechute du patient, démontrée par une augmentation d'au moins 50 % du BASDAI ou d'au moins deux points sur une échelle de 10 par rapport au BASDAI mesuré à la sixième semaine, lors de deux évaluations successives réalisées avant l'administration de l'infusion, pendant la période d'entretien.

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le : / /

Le poids de mon patient est :

- de □□□ kg
- le □□ / □□ / □□□□ (Date à laquelle le patient a été pesé)

En outre, 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.

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 § 2960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)