

## ANNEXE C: Modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité ROACTEMRA pour le traitement d'une arthrite juvénile idiopathique systémique active (§ 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

.....

### II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique:

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 que le patient mentionné ci-dessus est de 2 ans et plus et a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ROACTEMRA, pendant au moins 3 mois pour une arthrite juvénile idiopathique systémique active insuffisamment contrôlée.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une réponse ACR30 pédiatrique par rapport à la situation du patient avant l'initiation du traitement et par l'absence de fièvre (pas de température de 37,5 °C ou plus au cours des 7 jours précédents) liée à la maladie sous-jacente.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ROACTEMRA pendant une période de 12 mois.

Je sollicite donc pour mon patient 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  kg (Poids du patient)
  - le / /  (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  flacon(s) de solution à diluer de 4 ml
  - de  flacon(s) de solution à diluer de 10 ml
  - de  flacon(s) de solution à diluer de 20 ml

En outre, je m'engage à réévaluer le nombre de conditionnements en cas de variation significative du poids du patient au cours du temps et 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 § 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique:

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

(nom)  
 (prénom)  
 (N° INAMI)  
 (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)