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 SIMPONI pour une arthrite rhumatoïde (§ 5650100 du chapitre IV 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 18 ans, est atteint d'une polyarthrite rhumatoïde insuffisamment contrôlée, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 5650100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable d'au moins deux SAARD (Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs) dont au moins le méthotrexate ;
- Conditions relatives à l'obtention d'un score DAS28 d'au moins 3,7 ;
- 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'atteste que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

4	-			41.	- 4				
1	.	IVI	e	ιn	IOI	re	xa	te	:

- Depuis le பப /பப/பபபப (Date de début) (3)
- A la dose de ⊔⊔ mg par semaine (4)
- Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) (5)
- Administré par voie (6):
 - ⊔ intramusculaire
 - 11 orale

	= ·····
	En cas d'un éventuel non respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines, éléments (7) démontrant l'intolérance à cette posologie:
2	

- Depuis le บบ /บบ/บบบบ (Date de début) (9)
- A la dose de ⊔⊔⊔⊔ mg par jour ⁽¹⁰⁾
- Pendant பபப semaines (Durée du traitement) (11)

J'atteste que chez ce patient un score DAS28 de : பப (valeur) a été obtenu le பப /பப/பபபப (Date à laquelle le score DAS28 été déterminé) .

J'atteste que le patient a rempli lui-même le questionnaire HAQ figurant au point V du présent formulaire:

L'15] 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 tatente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir VI). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate. III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : LIU / LIU / LIU LIU (nom) LIU / LIU LIU (prénom) 1-LIU / LIU LIU (Date) (CACHET) (CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Sans Aucun Avec Avec BEAUCOUP INCAPABLE de la faire difficulté 1) S'HABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de: a. vous habilier, y compris nouer vos de la cates ot boutonner vos vêtements? b. vous laver d'une chaise? c. vous habilier, y compris nouer vos le la cates ot boutonner vos vêtements? c. vous laver d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous metre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous pour voire viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pour pour vous veus de la capacité à vous bouche une tasse ou un le la laire la laire la vous lever d'une chaise? c. pouper votre viande? c. pour prote vous dever d'une chaise?	1111.9	⊔ /⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (Date à laquelle le	•	. ,	•		
Jatteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous : u (17) Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ; u (18) Radiographie pulmonaire positive ou trest 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). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexale. III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom. prénom. adresse. N'INAMI) : UUU UUU (nom) UUU UUU (prénom) (CACHET) (CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point l: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des demiers jours.) Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des demiers jours.) Sans AUCUNE difficulté QUELQUE de difficulté de difficulté de la faire 1) SHABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de: a. vous habiller, y compis nouer vos la lactes et boutonner vos vétements? b. vous laver les chaveux? 2) SE LEVER: Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? c. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un	,						à un index du HAQ de :
Jateste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous : u (17) Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ; u (18) Radiographie pulmonaire positive ou trest 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). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate, III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom. prénom., adresse, N°INAMI) : uuuuuuuuuuuuuuu (prénom) 1-uuuuu-uu-uu-uu (N° INAMI) uu / uu / uu uu (Date) (CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point !: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des demiers jours.) Sans AUCUNE difficulté Que Avec BEAUCOUP INCAPABLE de difficulté 1) SHABILLER ET SE PREPARER : Eles-vous capable de: a. vous habiller, y compris nouer vos lances te boutonner vos vétements? b. vous laver les chaveux? 2) SE LEVER: Eles-vous capable de: a. vous laver les chaveux? 2) SE LEVER: Eles-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? c. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lif et vous lever d'une chaise? c. couper votre visiande?	ШШ :	sur 100 ⁽¹⁶⁾					
177 Radiographie pulmonaire at Test de Mantoux simultanément négatifs ; 178 Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif : une eventuelle 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). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate. III - Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : 1							
L'15] 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 tatente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir VI). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate. III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : LIU / LIU / LIU LIU (nom) LIU / LIU LIU (prénom) 1-LIU / LIU LIU (Date) (CACHET) (CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Sans Aucun Avec Avec BEAUCOUP INCAPABLE de la faire difficulté 1) S'HABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de: a. vous habilier, y compris nouer vos de la cates ot boutonner vos vêtements? b. vous laver d'une chaise? c. vous habilier, y compris nouer vos le la cates ot boutonner vos vêtements? c. vous laver d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous metre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous pour voire viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pour pour vous veus de la capacité à vous bouche une tasse ou un le la laire la laire la vous lever d'une chaise? c. pouper votre viande? c. pour prote vous dever d'une chaise?	J'attest	e que l'absence actuelle de tube	rculose év	olutive correspond ch	ez ce patient à la	situation dont la case est	cochée ci-dessous :
L'15] 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 tatente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir VI). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate. III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : LIU / LIU / LIU LIU (nom) LIU / LIU LIU (prénom) 1-LIU / LIU LIU (Date) (CACHET) (CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Sans Aucun Avec Avec BEAUCOUP INCAPABLE de la faire difficulté 1) S'HABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de: a. vous habilier, y compris nouer vos de la cates ot boutonner vos vêtements? b. vous laver d'une chaise? c. vous habilier, y compris nouer vos le la cates ot boutonner vos vêtements? c. vous laver d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous neutre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous metre au lit et vous lever d'une chaise? c. vous pour voire viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pouper votre viande? c. pour pour vous veus de la capacité à vous bouche une tasse ou un le la laire la laire la vous lever d'une chaise? c. pouper votre viande? c. pour prote vous dever d'une chaise?	⊔ (17)	Radiographie pulmonaire et Te	est de Mant	oux simultanément n	égatifs :		
confirmé par un médecin specialiste 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). De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate. III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N'INAMI): UDUDUDUDUDUDUDU (nom) 1-UDUDUDUDUDUDUDU (prénom) 1-UDUDUDUDUDUDU (prénom) 1-UDUDUDUDUDUDUDUDUDU (N'INAMI) UDU / UDU / UDUDU (Date) IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Sans AUCUNE difficulté QUELQUE de difficulté de la faire 1) S'HABILLER ET SE PREPARER: Etes-vous capable de: a. vous laver les cheveux? 2) Se LEVER: Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un		•				TRC active fait l'objet	d'un traitement adéquat
MEDICINIO DE LA COURTE DE LA CO	Ц	confirmé par un médecin spé	cialiste en	pneumologie au poin	t VI du présent fo	ormulaire. Une éventuelle	e TBC latente, fait l'objet
CACHET (SIGNATURE DU MEDECIN) V - Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point l: (Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours.) Sans			cessite de	ecevoir un traitemen	t avec la spéciali	té SIMPONI administré	e en association avec le
CACHET CACH	III – Ide	entification du médecin spécia	liste en rh	umatologie (nom, pr	<u>énom, adresse, l</u>	N°INAMI) :	
1-DUDUDU (N° INAMI) DU / DU / DU / DU DU DU DU CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CACHET CA	шшшш		(nom)				
CACHET CACH	шшшш		(prénom)				
CACHET CACH	1-⊔⊔⊔	Ш-ШШ-ШШШ	(N° INAN	11)			
CACHET CACH	ши / ш	ц / ииии	(Date)				
AUCUNE difficulté difficulté difficulté de la faire 1) S'HABILLER ET SE PREPARER : Etes-vous capable de: a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? b. vous laver les cheveux? 2) SE LEVER: Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un	IV – Qu (Veuille	uestionnaire d'évaluation fonc ez indiquer d'une croix la réponse	tionnelle H	AQ, à remplir par le le mieux vos capacité	patient dont l'ide		ECIN) u point I:
Etes-vous capable de: a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? b. vous laver les cheveux? Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un					QUELQUE		
a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? b. vous laver les cheveux? D. Compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? b. vous laver les cheveux? D. Compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? D. Compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements? D. Compris nouer vos lacets et boutoner vos vêtements? D. Compris nouer vos vêtements? D. Compris nouer vos lacets et boutoner vos vêtements? D. Compris nouer vos vêtements? D. Compris nouer vos vêtements? D. Compris nouer vos vetements? D. Compris nouer vos vêtements? D. Compris nouer vos vetements? D. Compris nouer vos vetements. D. Compris nouer v	1)		R:				
lacets et boutonner vos vêtements? b. vous laver les cheveux? 2) SE LEVER: Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un			ouer vos				
2) SE LEVER: Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un		lacets et boutonner vos vête		_	_	_	-
a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lever du lit? 3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un		b. vous laver les cheveux?	monto.				
b. vous mettre au lit et vous lever du lit?	2)		morno.				
3) MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une tasse ou un	2)	Etes-vous capable de:	monto.				
a. couper votre viande? \square \square \square \square \square \square \square	2)	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise?					0
b. porter à votre bouche une tasse ou un	·	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER:					0
	·	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de:					
verie bien piem?	·	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande?	er du lit?				
c. ouvrir une brique de lait ou de jus de	·	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande?	er du lit?				
4) MARCHER:	·	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une ta verre bien plein? c. ouvrir une brique de lait ou	er du lit? sse ou un				
Etes-vous capable de:	3)	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une ta verre bien plein? c. ouvrir une brique de lait ou fruit?	er du lit? sse ou un				
a. marcher en terrain plat à l'extérieur? \square \square \square \square \square \square	3)	Etes-vous capable de: a. vous lever d'une chaise? b. vous mettre au lit et vous lev MANGER: Etes-vous capable de: a. couper votre viande? b. porter à votre bouche une ta verre bien plein? c. ouvrir une brique de lait ou fruit? MARCHER: Etes-vous capable de:	er du lit? sse ou un de jus de				

5) HYGIENE:				
Etes-vous capable de:				
b. prendre un bain?				
c. vous asseoir et vous relever des toilettes?				
6) ATTRAPER :				
Etes-vous capable de:				
 a. prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête? 				
b. vous baisser pour ramasser un vêtement par terre?				
7) PREHENSION:				
Etes-vous capable de:				
a. ouvrir une porte de voiture?				
b. dévisser le couvercle d'un pot déjàouvert une fois?				
c. ouvrir et fermer un robinet?				
8) AUTRES ACTIVITES:				
Etes-vous capable de:				
a. faire vos courses ?				
b. monter et descendre de voiture?				
c. faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage?				
	Sans AUCUNE difficulté	QUELQUE PEU inconfortable	Limité à certaines positions ou très inconfortable	IMPOSSIBLE à cause de la polyarthrite
(Cote attribuée à chaque colonne)	(0)	(1)	(2)	(3)
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (Date à laquelle le questionnaire	a été rempli) (19)		(Signature	e du patient)
V – (Le cas échéant) :				
Eléments à attester par un médecin spécialiste	en pneumologie :			
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste i situation suivante :	econnu en pneumolo	ogie, certifie que le p	atient mentionné ci-c	dessus se trouve dans la
ц ⁽¹⁸⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de	Mantoux positif			
⊔ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéqua	t de l'affection tubercu	lleuse, en l'occurrenc	e :	
Depuis le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (date de début Durant ⊔⊔⊔ semaines (durée du traiteme ⊔ Je confirme donc l'absence actuelle de tub ⊔ Je confirme qu'étant donné la suspicio	(traitemer t) ⁽²⁰⁾ ent) ⁽²¹⁾ perculose évolutive ch	nt anti-tuberculeux adr nez ce patient.	ministré) ⁽¹⁹⁾	d'une réactivation d'une
tuberculose latente est administré.				

	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECINI)
ии / ии / ииии	(Date)	
1-uuuuu-uu-uuu	(N° INAMI)	
	(prénom)	
	(nom)	

VI - Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :