

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité HUMIRA pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive (§ 6450000 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)

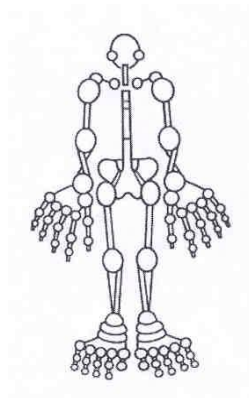
[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est de 4ans à 12 ans inclus, est atteint d'une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 6450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une intolérance avérée ou à une réponse insuffisante à un traitement avec le méthotrexate utilisé au moins à la posologie de 10 mg/m2/semaine pendant au moins 3 mois ;
- Conditions relatives à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations ;
- 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.

- depuis le / / (Date de début)
- A la dose de mg/m² par semaine (au moins 10 mg/m² par semaine)
- Pendant semaines (Durée du traitement) (au moins 3 mois)
- Résultat :
 - ☐ intolérance avérée:
 - ☐ inefficacité:

- le / / (Date de l'examen clinique)
- au niveau des articulations suivantes (au moins quatre)
(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre):



J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- ☐ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ☐ 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 V 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 V).

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité HUMIRA .

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)
1-XXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)
XX / XX / XXXX (DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE
DU MEDECIN)

IV – (Le cas échéant) :

Éléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

- ☐ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif
- ☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :
..... (traitement antituberculeux administré)
Depuis le XX/XX/XXXX (date de début)
Durant XXX semaines (durée du traitement)

- ☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.
- ☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)
1-XXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)
XX / XX / XXXX (DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU
MEDECIN)