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 CIMZIA pour une arthrite rhumatoïde (§ 5600000 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 § 5600000 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.

J'atteste que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

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

le பப /பப/பபபப (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) (14)

1.	Méthotrexate : - Depuis le பப /பப/பபப (Date de début) (3)					
	- A la dose de ⊔⊔ mg par semaine ⁽⁴⁾					
	- Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) ⁽⁵⁾					
	- Administré par voie ⁽⁶⁾ :					
	⊔ intramusculaire					
	⊔ 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:					
	-En cas d'une demande de remboursement visant un traitement par CIMZIA sans association avec le méthotrexate, éléments ^(7bis) de preuve démontrant l'intolérance au méthotrexate :					
2.						
	- A la dose de பபபப mg par jour ⁽¹⁰⁾					
	- Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) (11)					
	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 terminé).					

et qu'il a obtenu un score brut de :					
⊔⊔ sur 60 (somme des cotes obtenues	pour toutes	s les questions) ⁽¹⁵⁾ qu	ii, exprimé en pource	ntage, correspond à u	n index du HAQ de :
⊔⊔ sur 100 ⁽¹⁶⁾					
l'atteste que l'absence actuelle de tuber	rculose évo	olutive correspond ch	ez ce patient à la situ	ation dont la case est	cochée ci-dessous :
⊔ ⁽¹⁷⁾ Radiographie pulmonaire et Test d	e Mantoux	simultanément néga	tifs;		
u ⁽¹⁸⁾ Radiographie pulmonaire positive o par un médecin spécialiste en pne adéquat instauré depuis au moins	eumologie a	au point VI du préser	nt formulaire. Une év	entuelle TBC latente,	fait l'objet d'un traitement
adequat instaure depuis au moins	4 Semane	s, commine par un mi	edeciri specialiste eri	prieumologie (voir vi)	
De ce fait, j'atteste que ce patient néces	site de rec	evoir un traitement av	vec la spécialité CIM	ZIA administrée :	
⊔ en association avec le méthotrexate,					
ou,					
⊔ sans méthotrexate (lorsqu'il existe che	ez le patien	t concerné une intol	érance démontrée au	ı méthotrexate)	
II – Identification du médecin spécial	iste en rhu	umatologie (nom, pr	énom, adresse, N°I	NAMI) :	
חחחחחחחחחחחח (uo	om)				
טטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטט	énom)				
טטט-טטטטטט (N'	° INAMI)				
ער ארר / ארר / חרר / חרר / חרר / חרר / חר	ate)				
	(CACHET	1		(SIGNATURE MEDECIN)	DU
	(OAOHE)	,		WEDEONY)	
V - Questionnaire d'évaluation fonct	ionnollo U	AO à romplir par la	nationt dant l'ident	itá oot mantiannáa a	u noint li
Veuillez indiquer d'une croix la réponse					u point i.
		Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de la faire
1) S'HABILLER ET SE PREPAREF	₹:				
Etes-vous capable de:	ouer vee				
a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements?b. vous laver les cheveux?2) SE LEVER:		ш	Ь	П	
Etes-vous capable de:		_	_	_	_
a. vous lever d'une chaise?b. vous mettre au lit et vous leve	er du lit?				
3) MANGER:	or du iit:		_		
Etes-vous capable de:					
a. couper votre viande?					
b. porter à votre bouche une tas verre bien plein?	sse ou un				
c. ouvrir une brique de lait ou d	de jus de				

fruit?

	4) MARCHER:				
	Etes-vous capable de:	_	_	_	_
	a. marcher en terrain plat à l'extérieur?				
	b. monter 5 marches?				
	5) HYGIENE:				
	Etes-vous capable de:	_	_	_	_
	a. vous laver et vous sécher entièrement?				
	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? 				
		Cono		Limitá à	IMPOSSIBLE
		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)
ЦЦ	/ ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (Date à laquelle le questionnaire	a été rempli) ⁽¹⁹⁾		(Signature du patient)	

<u>V – (Le cas échéant) :</u> Eléments 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:

 $\operatorname{L}^{(18)}$ 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 anti-tuberculeux administré) (19)

 Depuis le பப / பப / பபபப (date de début) (20)
- Durant ⊔⊔⊔ semaines (durée du traitement) (21)
- ⊔ 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.

	(nom)	
	(prénom)	
1-0000-00-000 00/00/0000	(N° INAMI) (Date)	
	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)

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