

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BENLYSTA (§ 6280000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

3. Autre immunosuppresseur : _____ Traitement actuel : oui / non

Depuis le : __/__/____ (début de traitement)
Dose journalière : _____ mg
Pendant _____ mois (durée de traitement)

J'atteste que chez ce patient, en dépit des traitements administrés, un score SELENA-SLEDAI de ____ (valeur) a été obtenu le __/__/____ (date à laquelle le score SELENA SLEDAI a été déterminé et le traitement par BENLYSTA est initié).

J'atteste que chez ce patient, en dépit des traitements administrés, les 3 scores maximaux BILAG obtenus à la date de __/__/____ sont :

Score: ____ / système d'organe: _____

Score: ____ / système d'organe: _____

Score: ____ / système d'organe: _____

J'atteste qu'en date du __/__/____ (date du prélèvement) des examens de biologie ont permis de mettre en évidence chez ce patient :

- La présence d'anticorps anti-ADN natifs (>30 IU/ml): _____ IU/ml

ET

- Un déficit du complément C3 et/ou C4 par rapport aux valeurs de référence du laboratoire

Valeurs obtenues:

C3 : _____

C4 : _____

Valeurs de référence du laboratoire:

C3 : _____

C4 : _____

- Poids du patient au moment de la demande: _____ kg

- Date présumée de début du traitement: __/__/__

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou médecine interne (nom, prénom, N°INAMI):

____ (nom)

____ (prénom)

1 - ____ - ____ - ____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

..... (signature du médecin)