

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité ENBREL pour une arthrite rhumatoïde (§ 2490000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

☐ Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ENBREL, pendant au moins 6 mois et que ce traitement, débuté en date du     /    /    , s'est montré efficace, car une réponse « moyenne » (une diminution du score DAS28 entre 0,6 et 1,2) ou « bonne » (une diminution du score DAS28 > 1,2) selon le critère EULAR au niveau du score DAS28 actuel a été obtenue.

Amélioration du DAS28 par rapport à la valeur basale avant le traitement	> 1.2	0.6 - 1.2
Score DAS28 actuel		
< 3.2	Bonne réponse	Réponse moyenne
3.2 – 5.1	Réponse moyenne	Réponse moyenne
> 5.1	Réponse moyenne	Pas de Réponse

☐ Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ENBREL pendant au moins six mois pour une arthrite rhumatoïde érosive insuffisamment contrôlée.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace à la fois par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active et par une diminution d'au moins 20 % de l'index au HAQ (Health Assessment Questionnaire), par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ENBREL pendant une période de 12 mois. Je sollicite 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 la posologie que j'estime nécessaire est de :

- ☐ 25 mg une fois par semaine SC
- ☐ 25 mg deux fois par semaine SC
- ☐ 50 mg une fois par semaine SC

ce qui, pour un traitement de 12 mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

□□ conditionnements d'ENBREL 4 x 25 mg (maximum 26 conditionnements, quel que soit le poids du patient) ;  
ou

□□ conditionnements d'ENBREL 4 x 50 mg (maximum 13 conditionnements, quel que soit le poids du patient).

Je m'engage 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 § 2490000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)  
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)  
 1-UUUUUUU-UUU-UUUUU (N° INAMI)  
 UUU / UUU / UUUUU (Date)

--

(CACHET)

---

(SIGNATURE DU MEDECIN)