ANNEXE B.1: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type polyarticulaire

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité SIMPONI pour une arthrite psoriasique de type polyarticulaire (§ 5650200 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.) :

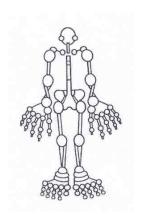
II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie :

(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre)

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 arthrite psoriasique de type poly-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a-1) du § 5650200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable de méthotrexate pendant 12 semaines ;
- Conditions relatives à la présence d'une arthrite active au niveau d'au moins cinq articulations ;
- Conditions relatives à l'obtention d'un index d'au moins 25 au HAQ (Health Assessment Questionnaire) ;
- 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 des lésions articulaires ont été mises en évidence р Le பப/பப/பபப (Date)	par radiologie
au niveau de:	(Localisation articulaire)
J'atteste que le méthotrexate a été administré antérieurement ch Depuis le பப/பபபபப (Date de début)	ez ce patient:
A la dose de ⊔⊔ mg par semaine	
Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement)	
Administré par voie	
⊔ intramusculaire	
⊔ orale	
En cas d'un éventuel non respect de la condition visant un tr éléments démontrant l'intolérance à cette posologie:	raitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines,
J'atteste que j'ai observé cliniquement une arthrite active: Le பப/பப/பபப (Date de début)	
au niveau des articulations suivantes (au moins 5)	



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) et qu'il a obtenu un score brut de:

⊔⊔ sur 60 (somme des cotes obtenues pour toutes les questions) qui, exprimé en pourcentage, correspond à un index du HAQ de : ⊔⊔ sur 100.

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'untraitement 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.

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

	(nom)	
	(prénom)	
1-00000-00-000	(N° INAMI)	
טטטט / טט / טטטט	(Date)	
	(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)

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de la faire
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 verre bien plein?				
c. ouvrir une brique de lait ou 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? 	_	0		
	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	e a été rempli) ⁽¹⁹⁾		(Signature du patient)	

V - (Le cas échéant):

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 anti-tuberculeux administré)

Depuis le பப / பப / பபபப (date de début)

Durant ⊔⊔⊔ 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.

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

	(nom)	
	(prénom)	
1-บบบบบ-บบบ	(N° INAMI)	
טטט / טט / טטטט	(Date)	
	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)