	Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité DYSPORT pour le traitement des formes modérées à sévères de spasticité focale du bras post AVC chez l'adulte (§ 5120000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).														
	Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):														
L															
	II – Eléments à attester par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en neurologie dans le cas d'une première période de traitement de 6 mois:														
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en														
□ médecine physique et réadaptation (ou)															
	⊔ neurologie,														
	certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'une spasticité focale du bras documentée, consécutive à un AVC, et remplit simultanément toutes les conditions du § 5120000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:														
	Je confirme que l'AVC était survenu il y a plus de 3 mois et moins d'un an au moment de l'initiation du traitement.														
	Je confirme que ce patient présentait au moment de l'initiation du traitement un score sur l'échelle modifiée de Ashwo (MAS) ≥ 2 dans au moins 2 des articulations suivantes : poignet, coude, doigts.														
Je confirme que ce patient ne présentait pas au moment de l'initiation du traitement de contracture définitive et ne répas au traitement physique seul.															
	Je confirme que ce patient est suivi par une équipe de revalidation multidisciplinaire.														
L'(es) objectif(s) thérapeutique(s) suivant(s) a (ont) été défini(s) par le patient en concertation avec l'équipe de revalic multidisciplinaire avant de démarrer le traitement avec DYSPORT :															
J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité DYSPORT pendant une période de 6 (maximum 2.000 unités DYSPORT) et que le traitement avec DYSPORT a débuté le ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (date de début).															
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve da la situation attestée.															
	III – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en neurologie dans le cas d'une de prolongation du traitement:														
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en														
	□ médecine physique et réadaptation (ou)														
	⊔ neurologie,														
	certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité DYSPORT pendant au moins 6 mois pour une spasticité focale du bras post AVC.														
	J'atteste que ce traitement s'est montré efficace. Ceci est démontré par un score sur l'échelle Goal Attainment Scale (GAS) ≥ 50 pour l'(es) objectif(s) thérapeutique(s) personnel(s) prédéfini(s) et mesuré(s) par l'équipe de revalidation multidisciplinaire.														

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier:

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.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir une prolongation du traitement par la spécialité DYSPORT à raison de maximum

4.000 unités de DYSPORT par période de 12 mois.

	- Iden esse,				ı me	decin	<u>1 S</u>	<u>péc</u>	ciali	ste	en	n	néc	dec	ine	ph	<u>ıysi</u>	<u>que</u>	et	ré	ad	<u>ap</u>	tati	on	Ol	ı eı	<u>1</u>	<u>neui</u>	role	<u>ogie</u>	<u>(n</u>	om,	pre	<u>énom</u>
Ш													(non	n)																			
Ш								Ш					(pré	nor	n)																		
1	-			_] -[-		(n° II	NAI	MI)																							
	/	/	Ш		(date)																												
						(ca	ach	net)																	(:	sign	at	ure	du	méd	leci	in)		