

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité ENBREL pour un psoriasis en plaque modéré à sévère chez l'adulte (§ 3510000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Three empty number lines are provided for recording data. Each number line has 11 vertical tick marks, creating 10 equal intervals. The number lines are arranged horizontally and are currently blank.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)

#### IV – (Le cas échéant):

**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:

- ☐ 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 / /  (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.

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)