ANNEXE B : Modèle du formulaire de description clinique et de la qualité de vie avant l'initiation du traitement :

Formulaire de description clinique et de la qualité de vie avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité XOLAIR pour asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère (§ 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(à conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à 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 pneumologie:

GINA:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 12 ans, est atteint d'asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations

GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. J'atteste que l'obstruction bronchique a été confirmée par spirométrie, qui montrait une réduction de la fonction pulmonaire, c'est-à-dire VEMS ⊔⊔ % le பப/பப/பபபப (date) J'atteste qu'une allergie à été établie sur base : □ d'un test (prick) cutané positif ☐ d'une réactivité in vitro positive à un pneumallergène perannuel (RAST) le uu/uu/uuu (date) J'atteste que ce patient a: un poids corporel de ⊔⊔⊔ kg; un taux d'IgE sérique de ⊔⊔⊔ IE/mI (≥ 76 et < 700 IE/mI) le பப/பப/பபபப (date) J'atteste que ce patient prend quotidiennement les médicaments suivants: 1) Corticoïde inhalé à forte dose (> 1000 mcg/jour béclomethasone ou > 800 mcg/jour budésonide ou > 500 mcg/jour fluticasone): (médicament) à une dose de ⊔⊔⊔⊔ mcg/jour. Εt 2) Bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action (2x50-100 mcg/jour salmétérol ou 2x12-24 mcg/jour formotérol): (médicament) à une dose de பபபப mcg/jour. J'atteste que ce patient reste insuffisamment contrôlé, malgré les médicaments mentionnés ci-dessus, ce qui ressort de: ⊔ symptômes diurnes fréquents (en moyenne ≥ 2x/semaine, nécessitant des médicaments de recours) □ réveils nocturnes à cause des symptômes asthmatiques

Le பப/பப/பபபப (date):	Le பப/பப/பபபப (date):
Avec	Avec
⊔ nécessité de corticostéroïdes systémiques ou	⊔ nécessité de corticostéroïdes systémiques ou
⊔ traitement aux urgences	⊔ traitement aux urgences
ou	ou
⊔ hospitalisation	⊔ hospitalisation

□ apparition d'au moins 2 exacerbations sévères documentées dans les 12 mois précédents, en ligne avec le consensus internationale

De ce fait, je confirme que ce patient nécessite un traitement avec la spécialité XOLAIR, à une posologie de ⊔⊔⊔ mg (max. 375 mg) toutes les ⊔ 2 ou ⊔ 4 semaines.

ишишишишишиши (nom)
ишишишишишишиши (prénom)
-⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-UU- (N°INAMI)
ובו/בובו (date)
(signature médecin)
(cachet)

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