Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique che l'adulte (§ 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement:
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patier adulte mentionné ci-dessus est atteint de rectocolite hémorragique sévère, et remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critère de remboursement du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
- Conditions relatives à la présence d'une rectocolite ulcéro-hémorragique sévère définie par un Mayo score de ≥ 6 points (échelle 0-12 points et dont le sous-score endoscopique est de ≥ 2 points: J'atteste avoir obtenu le □□/□□/□□□□ (date de l'évaluation) un score Mayo de □□ points, en additionnant les 4 sous-scores ayant chacun une échelle de 0-3 points, - sous-score rectorragies : □ points - sous-score fréquence des selles : □ points - sous-score évaluation globale sur le bien-être du patient: □ points - sous-score endoscopique: □ points.
 Conditions relatives à un traitement préalable adéquat d'au moins 3 mois par aminosalicylates et d'au moins 3 mois par corticoïdes et/ou d la 6-mercaptopurine ou de l'azathioprine, menant à une réponse insuffisante ou intolérance avérée et documentée, à moins d'une contre indication existante documentée :
Aminosalicylates Nom : Date du début : Dose initiale :
Durée du traitement :
Corticoïdes
Nom :
Dose initiale:
Durée du traitement :
6 margantan vina au grathiantina
6-mercaptopurine ou azathioprine : Nom :
Date du début :
Durée du traitement :
Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive.
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 tuberculose active fait l'objet d'un traitement adéquat confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point IV du présent formulaire. Une éventuelle tuberculose latente, fait l'objet d'u traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir point IV).
De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité SIMPONI pendant une périod initiale de 14 semaines, en phase d'induction. Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte du poids corporel du patient :
□ Pour un patient de < 80 kg :
□ 3 conditionnements de seringues/stylos de 100mg et 2 conditionnements de seringues/stylos de 50 mg.

ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande

☐ Pour un patient de ≥ 80 kg :

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans attestée.	la situation
III - Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne :	
_1	
/	
(cachet)	
IV - (Le cas échéant) : - Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :	
Je soussigné, médecin spécialiste en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouvait dans la situation suivante :	
□ Radiographie pulmonaire positive ou un test de Mantoux positif.	
☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat d'une tuberculose active l'occurrence :	e, er
tuberculeux administré) □ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose active chez ce patient.	nt anti
☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique contre une réact actuellement administré depuis au moins 4 semaines.	ivation es
- <u>Identification du médecin spécialiste en pneumologie :</u>	
_1 _ _ (n° INAMI)	
/	
(cachet) (signature du médecin)	

Je m'engage à arrêter toute administration ultérieure de SIMPONI lorsque le traitement d'attaque n'a pas abouti à une amélioration clinique dans un délai de 14 semaines à partir de la semaine 0. L'efficacité clinique est définie comme une diminution du Mayo score d'au moins 3 points et d'une diminution du sous-score 'rectorragies' d'au moins 1 point, à moins d'un sous-score de 0 ou 1, par rapport à la situation clinique

□ 5 conditionnements de seringues/stylos de 100 mg.

à la semaine 0.

La date présumée du début du traitement (semaine 0) est le \(\bigcup \bigcup