

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité SIMPONI pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria) (§ 5650300 du chapitre IV de l'Annexe I 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)

[illegible]

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 spondylarthrite ankylosante selon les Modified New York Criteria répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 5650300 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- J'atteste que les deux médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants :

Depuis le / /  (date de début)  
A la dose de  mg par jour  
Pendant  semaines (durée du traitement)

Depuis le / /  (date de début)  
A la dose de  mg par jour  
Pendant  semaines (durée du traitement)

.....

.....

le 00/00/0000 (date de l'analyse de laboratoire)  
valeur de CRP obtenue : 000 mg/l  
valeur normale de la CRP : 000 mg/l

le     /    /     (Date à laquelle le questionnaire a été complété)

et qu'il a y obtenu un score de :  
 □□ sur 10 (moyenne des valeurs obtenues pour chaque question séparée)

- ⌑ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ⌑ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active fait l'objet d'un traitement 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).

Version valable à partir du 01.03.2014

1-  
 1-  
 1-  
 1-

(nom)  
 (prénom)  
 (N° INAMI)  
 (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

**IV – Questionnaire d'évaluation de l'activité de la maladie (BASDAI), à compléter par le patient dont l'identité est mentionnée au point I:**

(Veuillez indiquer d'une croix la case qui décrit le mieux vos capacités au cours de la semaine précédente)

1) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE FATIGUE ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ABSENT

EXTRÊME

2) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE DOULEUR AU NIVEAU DU COU, DU DOS ET DES HANCHES DANS LE CADRE DE VOTRE SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE (BECHTEREW) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ABSENT

EXTRÊME

3) COMMENT EVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE DOULEUR/GONFLEMENT EN DEHORS DU COU, DU DOS ET DES HANCHES ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ABSENT

EXTRÊME

4) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE GÊNE POUR LES ZONES SENSIBLES AU TOUCHER OU À LA PRESSION ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ABSENT

EXTRÊME

5) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE RAIDEUR MATINALE DEPUIS VOTRE RÉVEIL ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ABSENT

EXTRÊME

6) QUELLE EST LA DURÉE DE VOTRE RAIDEUR MATINALE À PARTIR DE VOTRE RÉVEIL ?

Nombre d'heures	0	¼	½	¾	1	1¼	1½	1¾	≥ 2
Score	0	1,25	2,5	3,75	5	6,25	7,5	8,75	10

BASDAI score: a) score total des questions 1 à 4: ...../ 40

- b) moyenne du score des questions 5 et 6: ...../ 10  
 c) Total (a+b): ...../ 50  
 d) Total final: ...../ 10

.. / .. / ..... (Date à laquelle le questionnaire a été complété)

..... (Signature du patient)

**V – (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.

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

.....

(nom)

.....

(prénom)

1-.....-.....-.....

(N° INAMI)

.. / .. / .....

(DATE)



(CACHET)

.....  
 ..

(SIGNATURE DU MEDECIN)