ANNEXE B: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement :

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité HUMIRA pour une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive (§ 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre2001)

(à conserver par le médecin spécialiste demandeur et à tenir à la 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 rhumatologie ou un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est de 13 ans à 17 ans inclus, est atteint d'une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire évolutive, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 6520000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

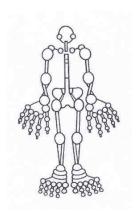
- Conditions relatives à une intolérance avérée ou à une réponse insuffisante à un traitement avec le méthotrexate utilisé au moins à la posologie de 10 mg/m²/semaine pendant au moins 3 mois ;
- Conditions relatives à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations;
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que le traitement antérieur avec le méthotrexate avait été initié :

- depuis le பப/பப/பபபப (Date de début)
- A la dose de ⊔⊔ mg/m² par semaine (au moins 10 mg/m² par semaine)
- Pendant ⊔⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) (3) (au moins 3 mois)
- Résultat :
 - ⊔ intolérance avérée:
 - ⊔ inefficacité:

J'atteste que j'ai observé cliniquement une synovite active :

- le பப/பப/பபப (Date de l'examen clinique)
- au niveau des articulations suivantes (au moins quatre)
 (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre):



J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- U Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- U 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 V 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 V).

De ce fait, i'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité HUMIRA.

III - Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic			
et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :			
00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)	(SIGNATURE MEDECIN)	DU
IV – (Le cas échéant) : Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :			
Je soussigné, docteur en médecine, situation suivante :	spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient n	nentionné ci-dessus	s se trouve dans la
⊔ ⁽¹¹⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif			
⊔ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :			
	de tuberculose évolutive chez ce patient. icion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactiqu	le d'une réactivation	d'une tuberculose
Identification du médecin spécialist	e en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :		
00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)	(SIGNATURE MEDECIN)	DU