

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non-remboursé d'au moins 3 perfusions avec la spécialité REMICADE pour le traitement de la rectocolite hémorragique sévère chez l'adulte (§ 3960000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 12 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent paragraphe du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne ou en gastro-entérologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà bénéficié d'un traitement d'au moins 3 perfusions avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité REMICADE pour le traitement d'une rectocolite hémorragique sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement, remplissait toutes les conditions figurant au point a) du § 3960000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à la présence d'une rectocolite hémorragique sévère définie par un score Mayo  $\geq 6$  points dont un sub-score concernant l'endoscopie  $\geq 2$  points :

J'atteste avoir obtenu un score Mayo de  points,  
dont un sub-score concernant l'endoscopie de  points  
le / /  (Date de l'évaluation)

- Conditions relatives à un traitement préalable adéquat d'au moins 3 mois par aminosalicylates et d'au moins 3 mois par corticoïdes et/ou immunosuppresseurs, à moins d'une intolérance constatée et documentée ou d'une contre-indication existante documentée pour ceux-ci :

- Aminosalicylate :

Nom : .....  
Date de début : .....  
Dose initiale : .....  
Durée du traitement: .....

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement:

.....

.....

- Corticoïde :

Nom : .....  
Date de début : .....  
Dose initiale : .....  
Durée du traitement: .....

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement:

.....

- Immunosuppresseur :

Norm : .....  
Date de début : .....  
Dose initiale : .....  
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, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente :

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 a 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'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir point IV).

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 3 perfusions d'un traitement d'attaque, par une diminution par rapport à la valeur de départ, d'au moins 3 points du score Mayo et par une diminution du sub-score concernant les saignements rectaux d'au moins 1 point à moins d'un sub-score de 0 ou 1.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient entre en ligne de compte quant au remboursement d'une prolongation du traitement avec la spécialité REMICADE, pendant une période de 12 mois maximum. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, compte tenu :

- de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /
- du poids de mon patient :
  - de  kg
  - le / /  (Date à laquelle le patient a été pesé)
- du nombre de conditionnements de 100 mg par perfusion à raison de 5 mg/kg :
- de la posologie de 5 mg/kg toutes les 8 semaines ce qui, pour un traitement de 12 mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

conditionnements de 100 mg

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

**III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, N°INAMI) :**

(nom)

(prénom)

-  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

**IV – (Le cas échéant):**

**Éléments 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 dans le passé un traitement adéquat d'une tuberculose active, en l'occurrence:
  - ..... (traitement anti-tuberculeux administré)
  - Depuis le / /  (date de début)
  - Pendant  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 tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est actuellement administré depuis au moins 4 semaines.

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

(nom)

(prénom)

-  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)