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 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)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie :

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:

- Conditions relatives à la présence de symptômes axiaux graves, mesurés par un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) d'au moins 4;
- Conditions relatives à un taux sanguin de CRP (C-reactiv Protein) supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé ;
- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation préalable et optimale d'au moins deux AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) à des doses anti-inflammatoires pendant au moins trois mois ou une contre-indication médicale de l'utilisation d'AINS;
- 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 les deux médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants : 1.: Depuis le uu/uu/uuu (date de début) A la dose de ⊔⊔ mg par jour Pendant ⊔⊔⊔ semaines (durée du traitement) 2.....: Depuis le uu/uu/uuuu (date de début) A la dose de ⊔⊔ mg par jour Pendant ⊔⊔⊔ semaines (durée du traitement) En cas de contre-indication médicale quant à l'usage de AINS, description des éléments démontrant l'intolérance à cette posologie: J'atteste qu'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale a été observé: le uu/uu/uuuu (date de l'analyse de laboratoire) valeur de CRP obtenue : ⊔⊔⊔ mg/l valeur normale de la CRP : uuu mg/l J'atteste que le patient a complété lui-même le questionnaire BASDAI figurant au point V du présent formulaire: le பப/பப/பபப (Date à laquelle le questionnaire a été complété) et qu'il a v obtenu un score de : ⊔⊔ sur 10 (moyenne des valeurs obtenues pour chaque question séparée) 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 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).

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI.

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

00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (DATE)						
(CACHE	 Г)	(SIGNATURE DU MEDECIN)					
IV Overstienmeine diffusivetien de lie	obivitá do la madadia (DACDAI) à a	amunitéen man la matient deut l'identité aut mantiemnée au					
point I: (Veuillez indiquer d'une croix la case qui d		ompléter par le patient dont l'identité est mentionnée au					
1) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOT	•	<u> </u>					
0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10					
ABSENT		EXTRÊME					
2) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOT LE CADRE DE VOTRE SPONDYLAR		R AU NIVEAU DU COU, DU DOS ET DES HANCHES DANS REW) ?					
0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10					
ABSENT		EXTRÊME					
3) COMMENT EVALUERIEZ-VOUS VOTHANCHES ?	TRE DEGRÉ GLOBAL DE DOULEU	R/GONFLEMENT EN DEHORS DU COU, DU DOS ET DES					
0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10					
ABSENT		EXTRÊME					
4) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VO PRESSION ?	TRE DEGRÉ GLOBAL DE GÊNE	POUR LES ZONES SENSIBLES AU TOUCHER OU À LA					
0 1 2	3 4 5 6	7 8 9 10					
ABSENT		EXTRÊME					
5) COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOT	RE 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 0 1/4	1/2	1½ 1¾ ≥ 2					
Score 0 1,25	2,5 3,75 5 6,29	5 7,5 8,75 10					

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

	b) moyenne c c) Total (a+b) d) Total final:):	uestions 5 et 6:	/ 10 / 50 / 10			
טטטט / טט / טטטט	(Date à laque	le le questionnaire a été complété)					
			(Signatu	re du patient)			
V – (Le cas éché	ant) Elément	s à attester pa	ar un médecin s	spécialiste en pneumo	ologie :		
Je soussigné, do situation suivante		lecine, spécial	iste reconnu en	pneumologie, certifie	que le patient m	nentionné ci-de	essus se trouve dans l
⊔ Radiographie pu	ulmonaire pos	sitive ou Test d	le Mantoux posit	if			
Depuis le பப / Durant பபப so ப Je confirme o	 பப / பபபப (emaines (dure donc l'absenc qu'étant donn	date de début) ée du traiteme e actuelle de t	(traite nt) uberculose évolu	tuberculeuse, en l'occu ement anti-tuberculeux : utive chez ce patient. nte, un traitement adéqu	administré)	ue d'une réactiv	vation d'une tuberculos
VI - Identification	du médecin	spécialiste e	n pneumologie	(nom, prénom, adres	se, N° INAMI) :		
00000000000000000000000000000000000000		η΄) ⊔ 1)	nom) orénom) N° INAMI) DATE)				
		(CACHET)			(SIGNATUR	= DU MEDECII	N)