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 REMICADE pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria) (§ 2960000 du chapitre IV 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 17 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 § 2960000 du chapitre IV 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-reactive 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-steroïdiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants :

1		
	- - -	Depuis le பப/பப/பபபப (date de début) ⁽²⁾ A la dose de பப mg par jour ⁽³⁾ Pendant பபப semaines (durée du traitement) ⁽⁴⁾
2		. (5)
	- - -	Depuis le பப/பப/பபபப (date de début) ⁽⁶⁾ La dose de பப mg par jour ⁽⁷⁾ Pendant பபப semaines (durée du traitement) ⁽⁸⁾

En cas de contre-indication médicale quant à l'usage de AINS, description des éléments ⁽⁹⁾ 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 பப/பப/பபபப (date de l'analyse de laboratoire) (10)
- valeur de CRP obtenue : பபப mg/l (11)
- valeur normale de la CRP : பபப mg/l (12)

J'atteste que le patient a complété lui-même le questionnaire BASDAI figurant au point V du présent formulaire: le பப/பபபபப (Date à laquelle le questionnaire a été complété) (13)

et qu'il a y obtenu un score de:

- ⊔⊔ sur 10 ⁽¹⁴⁾

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

- Lu (15) Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs;
- ⊔⁽¹⁶⁾ 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 REMICADE.

III – Ide	entification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
	(nom)
1 -	
/	(date)
	(CACHET) (SIGNATURE DU MÉDECIN)
poi	uestionnaire d'évaluation de l'activité de la maladie (BASDAI), à compléter par le patient dont l'identité est mentionnée au nt l:
(Veuille	ez indiquer d'une croix la case qui décrit le mieux vos capacités au cours <u>de la semaine précédente)</u>
1)	COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE FATIGUE ?
	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) ?
	ABSENT EXTRÊME
3)	COMMENT EVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE DOULEUR/GONFLEMENT EN DEHORS DU COU, DU DOS ET DES HANCHES ?
	ABSENT
4)	COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS VOTRE DEGRÉ GLOBAL DE GÊNE POUR LES ZONES SENSIBLES AU TOUCHER OU À LA PRESSION ?
ĺ	
	ABSENT
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 ?
	Version valable à partir du 01.03.2014

	Nombre d'heures	0	1/4	1/2		3/4		1		11⁄4		1½		1¾		≥ 2	
	Score	0	1,25	2,5		3,75		5		6,25		7,5		8,75		10	
	b) moyenne) Total (a+	al des ques du score d b):			t 6:		 ШЦ ⁽¹⁴⁾ /	/ 10 / 50								
пп / пі	ו טטטט (ו	Date à laq	uelle le que	estionnaire	a été d	complété) (13)						•••	(Signa	ture	du patie	nt)
<u>V – (Le</u>	cas échéa	<u>nt):</u>															
• <u>Ele</u>	<u>éments à at</u>	tester par	un médec	in spécia	liste ei	<u>n pneum</u>	olog	gie:									
	ssigné, doct n suivante :	eur en me	édecine, sp	écialiste r	econnu	ı en pne	umo	ologie, ce	ertifie	e que le pa	atio	ent menti	onn	né ci-dess	us	se trouve	dans la
⊔ ⁽¹⁶⁾ Ra	adiographie	pulmonair	e positive c	u Test de	Manto	ux positif											
	- Durant ⊔ Je confirm ⊔ Je confir	le பப / பட பபப sem ne donc l'a me qu'éta	 л / ⊔⊔⊔⊔ (daines (duré aines (duré absence act	date de dé e du traite uelle de tu a suspicio	but) ⁽¹⁸ ment)	(⁻) (19) ose évolu	traite utive	ement an	ti-tu pati	berculeux ent.	ad	ministré)		tique d'ur	ne I	réactivati	on d'une
• <u>Ide</u>	entification	du médec	in spécial	iste en pn	<u>eumol</u>	ogie (no	m, _I	orénom,	adro	esse, N°IN	ΑI	<u> </u>					
						(nom)											
						(préno	m)										
1 -			-	(n° INAN	11)												
/			date)														
			(CACHET)						(5	IG	NATURE	וח	LMÉDECI	NI)		