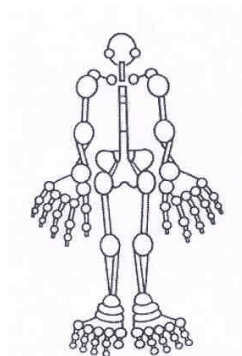


Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité ORENCIA pour une arthrite juvénile idiopathique poly-articulaire active (§ 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ORENCIA chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

- le / /  (Date de l'examen clinique) <sup>(6)</sup>
- au niveau des articulations suivantes (au moins quatre)  
(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre) <sup>(7)</sup> :



Version valable à partir de 01.01.2013

- de 2 (poids corporel entre 25 kg et 50 kg): <sup>(1)</sup>
- de 3 (poids corporel entre 50kg et 100 kg): <sup>(1)</sup>
- de 4 (poids corporel au-dessus de 100 kg): <sup>(1)</sup>

- ce qui, pour le premier traitement de 6 mois, porte le nombre de conditionnements nécessaires à un total de :  
 (maximum 8) x <sup>(1)</sup> =  conditionnements de 250mg

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.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

J'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire sur base des éléments suivants:

1. ☐ Je suis attaché depuis  mois (depuis le  /  / )  
au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie pédiatrique:  
Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :  
.....  
.....  
.....
2. ☐ Autres éléments que j'estime pertinents:  
.....  
.....  
.....  
(Références complémentaires éventuelles en annexe: ☐)

**IV – 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):**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

**V – (Le cas échéant):**

**Éléments 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:

- ☐ <sup>(11)</sup> 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) <sup>(17)</sup>  
Depuis le / /  (date de début) <sup>(14)</sup>  
Durant  semaines (durée du traitement) <sup>(19)</sup>

- ☐ 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.

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

(nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 -                          -           -                (n° INAMI)

--	--

/ 

--	--

/ 

--	--	--	--

(date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)