

Formulaire de description clinique et de la qualité de vie en cas de traitement avec la spécialité XOLAIR pour asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère (§ 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)  
(à conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 12 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité XOLAIR, pendant au moins 16 semaines pour le traitement d'un asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment contrôlé malgré un traitement quotidien par corticostéroïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, et que cela ressort de la situation clinique améliorée et/ou de la qualité de vie améliorée du patient, en comparaison avec la situation précédant l'initiation du traitement avec XOLAIR.

J'atteste que mon 'Evaluation globale de l'efficacité du traitement' en rapport avec les symptômes de l'asthme est:

- ☐ excellente (contrôle complet de l'asthme) (\*)
- ☐ bonne (changement perceptible de l'asthme) (\*)
- ☐ modérée (contrôle de l'asthme perceptible, mais limité)
- ☐ mauvaise (pas de changement perceptible de l'asthme)
- ☐ aggravation (de l'asthme)

(\*) considéré comme répondeur au traitement avec XOLAIR

De ce fait, je confirme que ce patient nécessite un traitement avec la spécialité XOLAIR, et je sollicite alors pour ce patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer les 12 mois de traitement, en tenant compte du taux d'IgE sérique initial et le poids corporel, est mentionné ci-dessous:

□□□ mg (max. 375 mg) toutes les □ 2 ou □ 4 semaines.

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

[illegible][illegible]

1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date)

.....(signature médecin)

\_\_\_\_\_

(cachet)