

Formulaire de première demande de remboursement de 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)

\_\_\_\_\_

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:

- J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 2960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement, par le bénéficiaire en ce qui concerne le questionnaire BASDAI, par un médecin spécialiste en pneumologie, le cas échéant, et par moi-même pour toutes les autres rubriques.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer les 3 perfusions d'induction aux semaines 0, 2 et 6.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 5 mg/kg par perfusion aux semaines 0, 2 et 6 pour le traitement d'induction.

La date présumée de début du traitement est le :

Le poids de mon patient est :

- de 0000 kg
- le 00/00/0000 (Date à laquelle le patient a été pesé)

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 § 2960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)