Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité HUMIRA pour le traitement de rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte (§ 6780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001).	
<u></u>	Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :
	30000000000000000000000000000000000000
<u>II </u>	Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement :
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus bénéficie actuellement d'un remboursement de la spécialité HUMIRA pour une rectocolite ulcéro-hémorragique sévère.
	□ Première prolongation J'atteste que le traitement d'attaque s'est montré efficace pendant les 8 premières semaines, démontré par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score (échelle 0-12 points) et par une diminution du sous-score 'rectorragie' d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - (échelle 0-3 points) par rapport à la valeur de départ du Mayo score à la semaine 0.
	Valeurs initiales du Mayo score □□ et du sous-score rectorragie □ à la semaine 0. Valeurs actuelles du Mayo score □□ et du sous-score rectorragie □ à la semaine 8. ou
	☐ Prolongation ultérieure J'atteste que le traitement d'entretien est resté cliniquement efficace et que la valeur du sous-score rectorragie n'a pas augmenté.
	Valeur du sous-score rectorragie à la semaine 14 : □. Valeur du sous-score rectorragie actuellement : □.
	De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité HUMIRA pendant une période de 12 mois. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une dose de 40mg une fois toutes les deux semaines. □□ (maximum 13) conditionnements de 2 seringues/stylos.
	Je sais que si, en conformité avec les dispositions de point b) du 6780000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001, je constate que la posologie d'administration doit être augmentée au-delà des conditionnements remboursables demandés ci-dessus, le titulaire de l'enregistrement (ABBVIE) doit fournir gratuitement les conditionnements supplémentaires, sur base de la demande que j' adresserai à ce titulaire de l'enregistrement. Je m'engage à effectuer les démarches nécessaires pour l'exécution de cette disposition.
	Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur de HUMIRA lorsqu'une perte de l'amélioration clinique se produit, mesurée par une augmentation de la valeur du sous-score rectorragie. 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.
<u>III </u>	Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne
1 - 🗆	
Cach	net et signature du médecin:

ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation