

Formulaire de description clinique et de la qualité de vie avant l'initiation d'un 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, est atteint d'asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

le / / (date)

- d'un test (prick) cutané positif
- ou

le / / (date)le / / (date)

..... (médicament) à une dose de □□□□ mcg/jour.

Et

..... (médicament) à une dose de □□□□ mcg/jour.

☐ symptômes diurnes fréquents (en moyenne ≥ 2 x/semaine, nécessitant des médicaments de recours)
ou

☐ réveils nocturnes à cause des symptômes asthmatiques et

□ apparition d'au moins 2 exacerbations sévères documentées dans les 12 mois précédents, en ligne avec le consensus internationale GINA:

<p>Le <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/> (date):</p> <p>Avec</p> <p><input type="checkbox"/> nécessité de corticostéroïdes systémiques</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> traitement aux urgences</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalisation</p>	<p>Le <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/> (date):</p> <p>Avec</p> <p><input type="checkbox"/> nécessité de corticostéroïdes systémiques</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> traitement aux urgences</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalisation</p>
--	--

De ce fait, je confirme que ce patient nécessite un traitement avec la spécialité XOLAIR, à une posologie de mg (max. 375 mg) toutes les 2 ou 4 semaines.

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

(nom)

(prénom)

1- (N° INAMI)

(date)

.....(signature médecin)



(cachet)