

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ENBREL pour une arthrite chronique juvénile poly-articulaire active (§ 2210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

UU / UU / UUUUU

(N°
INAMI)
(DATE)

--

(CACHET)

(SIGNATURE
DU MEDECIN)

Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:

□⁽¹¹⁾ 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) ⁽¹⁷⁾

Depuis le / / (date de début) ⁽¹⁴⁾

Durant semaines (durée du traitement) ⁽¹⁹⁾

☐ 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)

(N° INAMI)

uu / uu / uuuuu

(DATE)

--	--

(CACHET)

(SIGNATURE DU
MEDECIN)