ANNEXE B: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement:

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ENBREL pour une arthrite chronique juvénile polyarticulaire active (§ 2210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre2001)

(à conserver par le médecin spécialiste demandeur et à tenir à la disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, ou, médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est compris entre 4 et 18 ans, est atteint d'une arthrite chronique juvénile poly-articulaire active, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 2210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

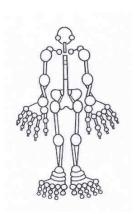
- Conditions relatives à une intolérance avérée ou à une réponse insuffisante à un traitement avec le méthotrexate utilisé au moins à la posologie de 10 mg/m2/semaine pendant au moins 3 mois ;
- Conditions relatives à la présence d'une synovite active au niveau d'au moins cinq articulations;
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que le traitement antérieur avec le méthotrexate avait été initié :

- depuis le பப/பப/பபப (Date de début) (1)
- A la dose de ⊔⊔ mg/m² par semaine (2) (au moins 10 mg/m² par semaine)
- Pendant ⊔⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) (3) (au moins 3 mois)
- Résultat :
 - ⊔ intolérance avérée⁽⁴⁾:
 - ⊔ inefficacité ⁽⁵⁾:

J'atteste que j'ai observé cliniquement une synovite active :

- le பப/பப/பபபப (Date de l'examen clinique)
- au niveau des articulations suivantes (au moins quatre)
 (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre)⁽⁷⁾:



J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- \sqcup (8) Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ⊔ ⁽⁹⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point V du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir V).

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité ENBREL .

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

 (nom) (prénom)

1-0000-00-000 00/00/0000	(N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)
IV – (Le cas échéant): Eléments à attester par un médecin	spécialiste e	en pneumologie:	
Je soussigné, docteur en médecine, situation suivante :	spécialiste re	econnu en pneumologie, certifie que	le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la
⊔ ⁽¹¹⁾ Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif			
ப J'atteste qu'il a reçu un traitement a Depuis le பப/பப/பபபப (date de d Durant பபப semaines (durée du t	lébut) ⁽¹⁴⁾	(traitement anti-tuberculeux adm	: inistré) ⁽¹⁷⁾
⊔ Je confirme donc l'absence actuelle	de tuberculos	se évolutive chez ce patient.	rophylactique d'une réactivation d'une tuberculose
Identification du médecin spécialist	te en pneumo	ologie (nom, prénom, adresse, N°IN	IAMI):
00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)