ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité REMICADE pour une arthrite rhumatoïde (§ 2200000 d IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)					
	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation chez l'O.A.):				
L					
	II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie:				
	Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que les conditions figurant au point a) et b) du §				
	2200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité REMICADE chez capatient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :				
	III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de REMICADE (complétez les cases appropriées):				
	J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 17 ans qui présente une polyarthrite rhumatoïde active, modérée à sévère et qu'il a reçu au préalable de façon optimale au moins deux SAARD.				
	Ceux-ci, utilisés à dose optimale pendant au moins 3 mois, ont donné lieu à une réponse inadéquate.				
	J'atteste que les 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, sont remplies.				
	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 § 2200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avan l'initiation du traitement, par le bénéficiaire pour le HAQ, le cas échéant par un médecin spécialiste en pneumologie, et par moi-même pour tous les autres items.				
	En outre, j'atteste qu'il s'agit d'un patient dont le score DAS 28 est égal ou supérieur à 3,70 et qui remplit donc toutes les conditions pou obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE pendant une période de 6 mois.				
	De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE administrée en association avec le méthotrexate pendant une période de 6 mois. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer le traitement pendant les 6 premiers mois de traitement.				
	Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 3 mg/kg par perfusion aux semaines 0, 2 et 6 pour le traitement d'induction, et de 3 mg/kg par perfusion toutes les 8 semaines pour le traitement d'entretien.				
	Je sais que si, en conformité avec les dispositions du point b) du § 2200000 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 (MSD) 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.				
	La date présumée de début du traitement est le : பப/பப/பபப				
	Le poids de mon patient est :				
	- de பபப kg - le பப/பபபப (date à laquelle le patient a été pesé) ;				
	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 deveni du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 2200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.				
	IV – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):				
ı					

______ (prénom)

1 - [] - [] (n° INAMI)

_____/ ______________________(date)

(cachet)	 (signature du médecin)