

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ROACTEMRA pour le traitement d'une arthrite juvénile idiopathique systémique active (§ 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

[illegible]

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 systémique certifie que le patient mentionné ci-dessus dont l'âge est supérieur ou égal à 2 ans, est atteint d'une arthrite juvénile idiopathique systémique active insuffisamment contrôlée, et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 6150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation préalable et optimale d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), pendant au moins deux à quatre semaines ou en cas de contre indication médicale de l'utilisation d'AINS,
- Conditions relatives à la nécessité d'utiliser des corticoïdes systémiques à une dose quotidienne d'au moins 1 mg/kg/jour d'équivalent prednisone (ou 30 mg/jour) après 3 mois de traitement ou d'au moins 0,3 mg/kg/jour (ou 10 mg/jour) après 6 mois de traitement afin de contrôler complètement ou partiellement les symptômes de la maladie sur le plan systémique et/ou articulaire,
- Conditions relatives à la présence d'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé,
- 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 les médicaments anti-inflammatoires non-steroidiens administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

..... (AINS):

- Depuis le / / (date de début) ⁽¹⁾
- A la dose de mg par jour ⁽²⁾
- Pendant semaines (durée du traitement) (au moins 2 à 4 semaines)

En cas de contre-indication médicale quant à l'usage de AINS, description des éléments ⁽⁹⁾ qui la démontre:

J'atteste que les corticoïdes systémiques ont été administrés:

- Depuis le / / (date de début) ⁽⁴⁾
- A la dose de mg/kg/jour ou mg par jour ⁽⁵⁾
- Pendant semaines (durée du traitement) ⁽⁶⁾
- Administré par voie ⁽⁷⁾:
 - ☐ orale
 - ☐ en bolus IV

J'atteste qu'un taux sanguin de CRP (C-reactive Protein) supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé a été observé:

le uu/uu/uuuu (date de l'analyse de laboratoire) ⁽¹⁰⁾

valeur de CRP obtenue : □□□ mg/l ⁽¹¹⁾

valeur normale de la CRP : □□□ mg/l ⁽¹²⁾

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

- ☐ ⁽¹⁷⁾ Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs;
- ☐ ⁽¹⁸⁾ 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 un traitement avec la spécialité ROACTEMRA.

Version valable à partir du 01.03.2014

..... (nom)
..... (prénom)
1-.....-..-.. (N° INAMI)
.. / .. / (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

IV – (Le cas échéant):

Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante:

☐ ⁽¹⁸⁾ 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) ⁽¹⁹⁾
 - Depuis le/../..... (date de début) ⁽²⁰⁾
 - Durant semaines (durée du traitement) ⁽²¹⁾

☐ 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)
1-.....-..-.. (N° INAMI)
.. / .. / (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)