

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité STELARA pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte (§ 5730000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint de psoriasis en plaques modéré à sévère et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 5730000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- ⊐ Une PUVA-thérapie adéquate,
du 00/00/0000 au 00/00/0000 (dates du dernier traitement),
- ⊐ Du méthotrexate à une dose minimum de 15 mg/semaine pendant au moins 3 mois,
du 00/00/0000 au 00/00/0000 (dates du dernier traitement),
- ⊐ De la ciclosporine à une dose minimum de 2,5 mg/kg pendant au moins 2 mois,
du 00/00/0000 au 00/00/0000 (dates du dernier traitement).

BSA > 10% et/ou PASI > 10.
Le(s) score(s) requis a (ont) été observé(s) le / / (date de l'examen).

- ⌚ Radiographie pulmonaire et test de Mantoux: simultanément négatifs.
- ⌚ 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 IV 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 IV).

☐ de la date présumée de début du traitement : / /

☐ kg: le poids de mon patient:
le / / (date à laquelle le patient a été pesé)

☐ la posologie de 45 mg pour un patient avec un poids corporel jusqu'à 100 kg et de 90 mg pour un patient pesant plus de 100 kg ;

☐ 3 administrations de 45 ou 90 mg aux semaines 0, 4 et 16

..... conditionnements de 1 seringue préremplie de 45 mg (max. 3 conditionnements autorisés)
ou
..... conditionnements de 1 seringue préremplie de 90 mg (max. 3 conditionnements autorisés)

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 codes relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du (§ 5730000 du chapitre IV de l'A.R. du 21

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

(signature du médecin)

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

(signature du médecin)