ANNEXE B.2: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité REMICADE pour une arthrite psoriasique de type d'oligo-articulaire (§ 3540000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(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:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 17 ans, est atteint d'une arthrite psoriasique de type oligo-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a.2) du § 3540000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable
 - d'anti-inflammatoires non stéroïdiens;
 - de sulfasalazine pendant au moins 12 semaines;
 - de méthotrexate pendant au moins 12 semaines;
 - de deux séances de thérapie locale (intra-articulaire) avec stéroïdes dans la même articulation, à moins d'une contre-indication documentée, endéans 3 mois;
- Conditions relatives à la présence d'une arthrite active au niveau d'au moins 3 articulations, dont au moins une est une articulation majeure;
- Conditions relatives à l'obtention d'un score d'au moins 4 au NRS (Numerical Rating Scale) évalué séparément par le patient et par le médecin:
- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive.

J'atteste que des lésions articulaires ont été mises en évidence par radiologie

- le uu/uu /uuuu (Date)

J'atteste que les deux DMARDs administré antérieurement chez ce patient sont les suivants:

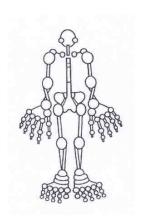
- Sulphasalazine
 - Depuis le பப/பப /பபபப (Date de début)
 - A la dose de ⊔⊔ mg par jour
 - Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement)
- Méthotrexate
 - Depuis le பப/பப /பபபப (Date de début)
 - A la dose de ⊔⊔ mg par semaine
 - Pendant uuu semaines (Durée du traitement)
 - Administré par voie:
 - intramusculaire
 intramusculaire
 - ⊔ orale
 - En cas d'un éventuel non respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines, éléments démontrant l'intolérance à cette posologie:

J'atteste que le patient sus-mentionné a suivi deux séances de thérapie locale endéans 3 mois

- Date de première séance : பப/பப /பபபப
- Date de seconde séance : பப/பப /பபபப

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

- le บบ/บบ /บบบบ (Date de l'examen clinique)
- au niveau des articulations suivantes (au moins 3)
 (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre) :



J'atteste que le patient a rempli lui-même l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point V du présent formulaire:

- le uu/uu /uuuu (Date à laquelle le patient a rempli son évaluation)
- Il a y obtenu un score de : ⊔⊔

J'atteste que j'ai moi-même rempli l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point V du présent formulaire:

- le บบ/บบ /บบบบ (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation)
- J'ai obtenu un score de : ⊔⊔

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

- □ 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 VI 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 VI).

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité REMICADE administrée en association avec le méthotrexate.

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):											
	(non	n)									
	(pré	nom)									
1 - - - (n° INAMI)											
/(date)											
	(cachet)		(signature du médecin)								

IV - Echelle d'évaluation NRS de l'articulation majeure la plus atteinte, à remplir par le patient dont l'identité est mentionnée au point I; le médecin dont l'identité est mentionnée au point IV:

<u>Patient</u>: Veuillez indiquer comment vous appréciez l'activité de votre maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte <u>durant les derniers jours</u>, c'est-à-dire dans quelle mesure cet articulation est-elle douloureuse, gonflée, raide, restrictive dans vos mouvements ?

Aucune activité												Activité maximale
de la maladie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	de la maladie

טטעט /טטטט	(Date à laq	uelle l	l'éval	uatio	n a é	té rer	nplie)								
	(S	ignatu	ıre dı	u pat	ient)										
<u>Médecin</u> : Comm	nent évaluez	-vous	<u>aujo</u>	urd'h	<u>ui</u> l'a	ctivité	de la i	malad	ie au r	niveau	ı de l'a	articula	tion majeure la plus atte	inte de votre pa	itient ?
	Aucune activité de la	0	□ 1		□ 3	□ 4	□ 5	6	7		9	□ 10	Activité maximale de la		
טטטט /טטטט	maladie (Date à laq	uelle l	l'éval	uatio	n a é	té rer	nplie)						maladie		
	(S	ignatu	ıre dı	u mé	decir	1)									
V – (Le cas éch Eléments à atte		méde	cin s	spéc	ialist	e en j	oneum	nologi	<u>e:</u>						
Je soussigné, de situation suivante		édecir	ne, s	pécia	aliste	recor	nnu en	pneu	ımolog	jie, ce	ertifie	que le	patient mentionné ci-de	essus se trouve	dans la
⊔ Radiographie ∣	pulmonaire p	ositiv	e ou	Test	de N	1antoı	ıx posi	tif							
Depuis le பப Durant பபப ப Je confirme do	/uu /uuuu (semaines (d onc l'absence u'étant donn	(date d urée d e actu	de dé du tra elle c	ebut) aitemate tul	ent) bercu	lose e	. (traite	ement ve che	anti-to	uberc eatien	uleux t.	admini	stré) Ohylactique d'une réactiv	/ation d'une tub	oe rculose
Identification d	u médecin s	pécia	liste	en p	neu	molog	gie (no	om, pr	énom	, adre	esse,	N°INAI	MI):		
	<u> </u>						(n	om)							
<u> </u>	<u> </u>						(p	rénom	n)						
1 -	-	」- ∟		(nʻ	° INA	MI)									
/		(date)													
		(c:	achei	t)									(signature du méd	ecin)	