# ANNEXE B.2: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type oligoarticulaire

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité SIMPONI pour une arthrite psoriasique de type oligoarticulaire. (§ 5650200 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 18 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 § 5650200 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 maieure :
- 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, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que des lésions articulaires ont été mises en évidence par ra	es en evidence par radioi	ete mi	res or	articulai	sions	aes	te que	attesi	J.
---	---------------------------	--------	--------	-----------	-------	-----	--------	--------	----

- le பப/பப/பபபப (Date)
- au niveau de: ......(Localisation articulaire)

J'atteste que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

1		S	uI	р	na	ISa	ala	lΖI	n	е
---	--	---	----	---	----	-----	-----	-----	---	---

Depuis le பப/பப/பபப (Date de début)

A la dose de ⊔⊔ mg par jour

Pendant ulu semaines (Durée du traitement)

#### 2. Méthotrexate

Depuis le பப/பப/பபப (Date de début)

A la dose de ⊔⊔ mg par semaine

Pendant பபப 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	u 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

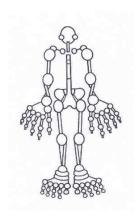
Date de première séance : பப/பப/பபபப Date de seconde séance : பப/பப/பபபப

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

le บบ/บบ/บบบบ (Date de début)

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 பப/பப/பபப (Date à laquelle le patient a rempli son évaluation)

Il a 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 பப/பப/பபபப (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 SIMPONI

# III - Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

	(nom)	
	(prénom)	
1-00000-00-000	(N° INAMI)	
טטטט / טט / טטטט	(Date)	
	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)

# 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:

Patient : 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 cette articulation est-elle douloureuse, gonflée, raide, restrictive dans vos mouvements ?

	Aucune activité de la maladie	0	1		2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6	□ <b>7</b>	8	9		□ 10	Activité maximale de la maladie
טט/טט/טטטט	(Date à laque								O	,	O	9		10	ia maladio
	(Signature	du p	atier	nt)											
<u>Médecin</u> : Comr	ment évaluez-v	ous	<u>aujo</u>	urd'l	<u>hui</u> l'	activi	té de l	la ma	ladie a	au nive	eau de	e l'ar	rticul	atior	n majeure la plus atteinte de votre patient ?
	Aucune activité de la maladi	е	0	□ 1			□ 4		5 6		7	8		10	maximale de
טטער/טטע	(Date à laque	elle I	'éva	luatio	on a	été r	emplie	e)							
	(Signature	du r	méde	ecin)	)										
V – (Le cas éch Eléments à atte		éde	cin :	spéc	cialis	ste er	n pnet	umol	ogie :						
Je soussigné, o situation suivan		decir	ne, s	spéci	ialist	e rec	onnu	en pr	neumo	ologie,	certi	fie q	ue le	e pa	tient mentionné ci-dessus se trouve dans l
⊔ Radiographie	pulmonaire po	sitiv	e ou	Tes	t de	Mant	oux po	ositif							
⊔ J'atteste	e qu'il a reçu un														
Durant ⊔ Je confi ⊔ Je con	le பப / பப / ப பபப semaine rme donc l'abs firme qu'étant llose latente es	⊔⊔L s (dı ence dor	i (da urée e act nné	te de du t uelle la s	e dé traite e de uspi	but) ment tuber	) culose	e évol	utive c	chez c	e pati	ent.			uat prophylactique d'une réactivation d'une
VI - Identification	on du médecir	ı sp	écia	liste	en	pneu	molo	gie (n	om, p	rénon	n, ad	ress	e, N	° IN	AMI):
		Ш				(nor	n)	-							
		Ц					nom)								
1-00000-00	-⊔⊔⊔					(N°	INAM	II)							
טט / טט / טטר	ЛП					(Da	te)								

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)