Annexe B-2: Proposition de modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type d'oligo-articulaire:

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité ENBREL pour une arthrite psoriasique de type oligoarticulaire (§ 2870000 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 chez 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 § 2870000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable
 - i. d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
 - ii. de sulfasalazine pendant au moins 12 semaines;
 - iii. de méthotrexate pendant au moins 12 semaines ;
 - iv. deux séances de thérapie locale (intra-articulaire) avec stéroides dans la même articulation, à moins d'une contreindication 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 la 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 radiologie:

- Le பப/பப/பபபப (date) (1)
- Au niveau de :(localisation articulaire) (2)

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

- 1. Sulfasalazine
 - Depuis le பப/பப/பபப (Date de début) (3')
 - A la dose de ⊔⊔ mg par jour ^(4')
 - Pendant ulu semaines (Durée du traitement) (5')
- 2. Méthotrexate
 - Depuis le பப/பப/பபபப (Date de début) (3)
 - A la dose de ⊔⊔mg par semaine ⁽⁴⁾
 - Pendant ⊔⊔⊔ semaines (Durée du traitement) ⁽⁵⁾
 - Administré par voie : ⁽⁶⁾
 - □ intramusculaire
 - □ orale

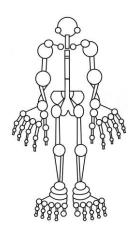
En cas d'un éventuel non-respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au
moins 12 semaines, éléments (7) démontrant l'intolérance à cette posologie :

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

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

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

- Le ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔ (Date de début) ⁽¹²⁾
- Au niveau des articulations suivantes (au moins 3)
 (à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre) (13)



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/uuu (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 6 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 :

- ц (17) Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs ;
- LI (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 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 ENBREL.

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

1-000000000000000000000000000000000000	(prénom) (N° INAMI) (DATE)		
	(CACHET)	 (SIGNATURE MEDECIN)	DU

IV - Echelle d'évaluation NRS de l'articulation majeure la plus atteinte, à remplir par

- le patient dont l'identité est mentionnée au point 1 ;
- le médecin dont l'identité est mentionnée au point 4 :
- <u>Patient</u>: Veuillez indiquer comment vous appréciez l'activité de votre maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte durant les derniers jours, c'est-à-dire dans quelle mesure cet articulation est-elle douloureuse, gonflée, raide, restrictive dans vos mouvements ?:

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

• பப/பப/பபப (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

• <u>Méc</u>	<u>lecin</u> : Comr patie		value	z-vou	s <u>auj</u> o	ourd'hu	<u>ıi</u> l'acti	vité de	e la m	aladie	au r	iveau	de l'articulation majeure la plus atteinte de votre
	Aucune activité de l maladie	п а 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	6	□ 7		9	10	Activité maximale de la maladie
•	• UU/UU/L	וחחח (Date	à laqı	uelle l	'évalua	ation a	été re	mplie)				
•													
V – Le cas éch	néant :												
Je soussigné, situation suivar		méde	cine,	spécia	aliste	reconi	nu en	pneui	mologi	e, ce	rtifie	que le	e patient mentionné ci-dessus se trouve dans la
⊔ ⁽²¹⁾ Radiogra _l	phie pulmon	aire po	sitive	ou Te	est de	Manto	oux po	sitif					
⊔ J'atteste qu'ii Depuis le ⊔ Durant ⊔⊔เ	í ப/பப/பபபப	(date	de dé	 but) ⁽²	24)		n tube (traite	rculeu ment a	se, en anti-tub	l'occu ercul	ırrend eux a	e : dminist	stré) ⁽¹⁷⁾
□ Je confirme□ Je confirmelatente est a	qu'étant do	ce acti nné la	uelle d susp	de tub picion	erculo d'une	ose évo e TBC	olutive latent	chez e, un	ce pati traiten	ent. nent a	adéqu	at pro	ophylactique d'une réactivation d'une tuberculose
VI - Identificat	ion du méd	lecin s	pécia	aliste	en p	neumo	ologie	(nom	, prén	om, a	<u>idres</u>	se, N°l	'INAMI) :
00000000000000000000000000000000000000				(p (N	nom) prénor N° INA DATE	AMI)							
				(C	CACH	ET)							(SIGNATURE DU MEDECIN)

...... (Signature du patient)