

### ANNEXE C: Modèle du formulaire de demande de prolongation:

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité ENBREL pour une arthrite chronique juvénile poly-articulaire active (§ 2210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

.....

#### II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

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 polyarticulaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, dont l'âge est compris entre 4 et 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité ENBREL pendant au moins six mois pour une arthrite chronique juvénile poly-articulaire active insuffisamment contrôlée.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une synovite active, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité ENBREL pendant une période de 12 mois. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

- que le poids de mon patient est :
  - de ..... kg (Poids du patient)
  - le ...../...../..... (Date à laquelle le patient a été pesé)
- que la posologie que j'estime nécessaire est de :  
0, ..... mg par kg (maximum 0,4 mg/kg au maximum 2 fois par semaine)
- ce qui, pour un traitement de 12 mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :  
..... conditionnements de 4 x 25 mg

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

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 codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 2210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire:

J'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire sur base des éléments suivants:

1. ☐ Je suis attaché depuis ..... mois (depuis le ..... / ..... / .....)  
au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie pédiatrique:  
Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....  
.....  
.....

2. ☐ Autres éléments que j'estime pertinents:

.....  
.....  
.....

(Références complémentaires éventuelles en annexe: ☐)

#### III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

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

□□ / □□ / □□□□

(DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE  
MEDECIN)

DU