

- Présenter une contre-indication ou une intolérance avérée pour les corticoïdes systémiques ou nécessiter, pour le contrôle de la maladie, un traitement de fond associé à une toxicité inacceptable selon le médecin spécialiste traitant.

J'atteste que je dispose des éléments attestant que les critères concernant la sévérité de la granulomatose éosinophilique avec polyangéite sont remplis chez ce bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

Il s'agit d'une première demande d'un bénéficiaire déjà traité dans le cadre des études cliniques ou dans le cadre d'un programme d'usage compassionnel :

Je soussigné, médecin spécialiste

en pneumologie

en rhumatologie ou en médecine interne et expérimenté dans le traitement des vascularites pour les bénéficiaires âgés de 6 ans ou plus

en pédiatrie, attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés entre 6 et 17 ans

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au point a') du §11470000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

J'atteste ainsi que le bénéficiaire mentionné ci-dessus présente un contrôle ou une amélioration de sa maladie sous mépolizumab.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouvait dans la situation attestée au moment de la demande.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de cette spécialité pour assurer les 6 premiers mois de traitement

- À raison de maximum 21 conditionnements pour les bénéficiaires âgés de 12 ans et plus, pour une posologie de 300mg par voie sous-cutanée tous les 28 jours
- À raison de maximum 14 conditionnements pour les bénéficiaires âgés entre 6 et 11 ans et pesant 40 kg ou plus, pour une posologie de 200mg par voie sous-cutanée tous les 28 jours
- À raison de maximum 7 conditionnements pour les bénéficiaires âgés entre 6 et 11 ans et pesant moins de 40 kg, pour une posologie de 100mg par voie sous-cutanée tous les 28 jours

III - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)