**ANNEXE B : description clinique avant l'initiation du traitement avec la spécialité à base de benralizumab pour asthme sévère à éosinophiles (9410000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018).**
A conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (numéro d'affiliation)

**II- Eléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie:**
Je soussigné, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'asthme sévère à éosinophiles, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 9410000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018.

⊔ Il s'agit d'un patient n'ayant jamais reçu de traitement par une spécialité à base de benralizumab :

| | |
|---|---|
| **Entretien de bon usage du médicament réalisé par un pharmacien ou une infirmière ou un kinésithérapeute** | |
| Date 1ère entretien | |
| Date 2ième entretien | |
| **Obstruction bronchique confirmée par spirométrie** | |
| Date | |
| VEMS (%) | |
| **Taux sanguin d'éosinophiles dans les 12 mois précédent l'instauration de la spécialité à base de benralizumab** | |
| Date test | |
| Taux , par µl (doit être > 300) | |
| **Taux sanguin d'éosinophiles au moment de l'instauration de la spécialité à base de benralizumab** | |
| Date test | |
| Taux , par µl (doit être > 300) | |
| **Traitement quotidien** | |
| Corticoïde inhalé à haute doses : nom | |
| Dose (µg/jour) | |
| Bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action : nom | |
| Dose (µg/jour) | |
| Si combinaison fixe, indiquer le nom du médicament | |
| **Le patient est insuffisamment contrôlé malgré les médicaments mentionnés ci-dessus** | |
| Au moins 2 hospitalisations ou 2 traitements au service des urgences pour asthme sévère dans les 12 mois précédents | OUI/NON |
| Patient cortico-dépendant : traité avec des corticoïdes oraux à la dose quotidienne de 4 mg methylprednisolone ou plus, ou 5 mg de prednisolone ou plus depuis au moins 6 mois pour des adultes | OUI/NON |
| AU moins 2 exacerbations sévères documentées dans les 12 mois précédents . (Aggravation de l'asthme nécessitant une corticothérapie systémique d'au moins 3 jours ET/OU hospitalisation ET/OU visite aux urgences) | OUI/NON |
| Nombre d'exacerbations sévères (12 derniers mois) : | |
| Dates des dernières exacerbations sévères / hospitalisations dans les 12 mois précédents: (1) | |
| (2) | |

⊔ Il s'agit d'un patient ayant déjà été traité par une spécialité à base de benralizumab dans le cadre des études cliniques ou un patient qui a déjà été traité par un anti-IL-5

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

| | (cachet) ..... (signature du médecin)