

**ANNEXE B-2: 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 une spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab 300 mg pour une arthrite psoriasique de type de oligo-articulaire, suite à une utilisation préalable pendant un minimum de 36 semaines à la dose de 150 mg (§ 10960000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018)  
(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.)**

\_\_\_\_\_ (nom)  
\_\_\_\_\_ (prénom)  
\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie**

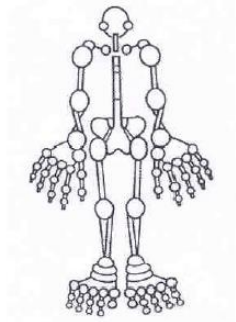
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une arthrite psoriasique de type oligo-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a-2) du § 10960000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018:

J'atteste que la spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab à une dose de 150 mg a été administré préalablement pendant un minimum de 36 semaines. Cette spécialité à une dose de 150 mg a été remboursé sur base des conditions a) 2 et e) 1 b) du § 8540200 du chapitre IV.

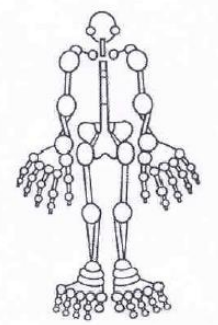
du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date du dernier traitement avec une dose de 150 mg).

J'atteste qu'après une durée de traitement de minimum 36 semaines avec la spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab à une dose de 150 mg, une réponse partielle a été constatée. Cette réponse partielle est définie par une amélioration entre 2 et 5 points sur l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) rempli séparément par le bénéficiaire et le médecin pour l'articulation majeure la plus atteinte, par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab administré à une dose de 150 mg.

J'atteste que j'ai observé cliniquement une arthrite active:  
Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date de début de traitement à une dose de 150 mg)  
Au niveau des articulations suivantes (au moins 3)  
(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre)



J'atteste que j'ai observé cliniquement une arthrite active:  
Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date du dernier traitement à une dose de 150 mg)  
Au niveau des articulations suivantes  
(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre)



J'atteste que le bénéficiaire a rempli lui-même l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point IV du présent formulaire :

Le / /  (Date à laquelle le bénéficiaire a rempli son évaluation au début de traitement à une dose de 150 mg)  
Il a obtenu un score de:

Le / /  (Date à laquelle le bénéficiaire a rempli son évaluation du dernier traitement à une dose de 150 mg)  
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 IV du présent formulaire :

Le / /  (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation au début de traitement à une dose de 150 mg)  
J'ai obtenu un score de:

Le / /  (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation du dernier traitement à une dose de 150 mg)  
J'ai obtenu un score de:

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de sécukinumab 300 mg.

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

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)

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

le bénéficiaire dont l'identité est mentionnée au point I;

le médecin dont l'identité est mentionnée au point III :

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

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

/ /  (Date à laquelle l'évaluation a été remplie au début de traitement à une dose de 150 mg)

..... (signature du bénéficiaire)

▯▯/▯▯/▯▯▯▯ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie du dernier traitement à une dose de 150 mg)

..... (signature du bénéficiaire)

Médecin: Comment évaluez-vous aujourd'hui l'activité de la maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte du bénéficiaire?

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

▯▯/▯▯/▯▯▯▯ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie au début de traitement à une dose de 150 mg)

..... (Signature du médecin)

▯▯/▯▯/▯▯▯▯ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie du dernier traitement à une dose de 150 mg)

..... (Signature du médecin)