

**BIJLAGE B-2: Voorstel van model van het formulier met klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling van oligoarticulaire psoriatische artritis:**

Formulier met de klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg voor oligoarticulaire psoriatische artritis, na een voorafgaand gebruik van minstens 36 weken aan een dosering van 150 mg (§ 10960000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

(te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend-arts van de betrokken rechthebbende)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

\_\_\_\_\_ (aansluitingsnummer)

**II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de reumatologie**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is en lijdt aan oligoarticulaire psoriatische artritis die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a-2) van § 10960000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

Ik bevestig dat de specialiteit op basis van secukinumab voorafgaand werd toegediend aan een dosering van 150 mg gedurende minstens 36 weken. Deze specialiteit aan de dosering van 150 mg werd vergoed op basis van de voorwaarden a-2) en e) 1 b) zoals vermeld in de §8540200 van hoofdstuk IV;

van \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tot \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (datum van laatste behandeling met een dosering van 150 mg).

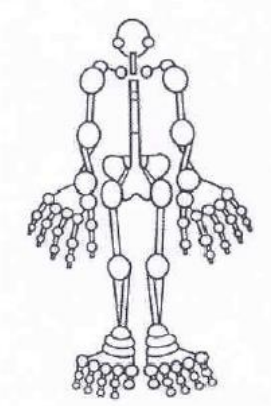
Ik bevestig dat na een behandelingsduur van minstens 36 weken met de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab aan een dosering van 150 mg, er een partiële respons werd vastgesteld. Deze partiële respons is gedefinieerd als een gelijktijdige verbetering tussen 2 en 5 punten op de NRS-evaluatie (Numerical Rating Scale), afzonderlijk ingevuld door de rechthebbende en de arts voor het meest aangetaste grotere gewricht, vergeleken met de klinische toestand van de rechthebbende vóór de aanvang van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab toegediend aan de dosering 150 mg.

Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld :

Op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (datum aanvang van de dosering van 150 mg)

Ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste 3)

(aan te duiden op de figuur hiernaast)

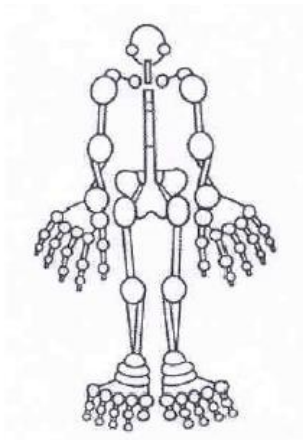


Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld:

- Op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (datum einde van de dosering van 150 mg)

- ter hoogte van de volgende gewrichten

(aan te duiden op de figuur hiernaast)



Ik bevestig dat de rechthebbende zelf de NRS-evaluatie (Numerical Rating Scale) heeft ingevuld, voor het meest aangetaste grotere gewricht opgenomen onder punt IV van dit formulier:

Op / /  (datum waarop de rechthebbende de evaluatie heeft ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg) heeft hij een score bekomen van:

Op / /  (datum waarop de rechthebbende de evaluatie heeft ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg) heeft hij een score bekomen van:

Ik bevestig dat ik zelf de NRS-evaluatie (Numerical Rating Scale) heb ingevuld voor het meest aangetaste grotere gewricht opgenomen onder punt IV van dit formulier:

Op / /  (datum waarop de arts de evaluatie heeft ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg) heb ik een score bekomen van:

Op / /  (datum waarop de arts de evaluatie heeft ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg) heb ik een score bekomen van:

Op grond hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg.

**III - Identificatie van de arts-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)**

(naam)

(voornaam)

-  -  -  (RIZIV n°)

/  /  (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

**IV - NRS-evaluatieschaal van het meest aangetaste grotere gewricht, in te vullen door**

de rechthebbende van wie de identiteit in punt I vermeld is;  
de arts van wie de identiteit in punt III vermeld is:

Rechthebbende: Gelieve aan te duiden hoe u de activiteit van uw aandoening inschat ter hoogte van het meest aangetaste grotere gewricht tijdens de laatste dagen, dit betekent in welke mate dit gewricht pijnlijk, gezwollen, stram is, uw bewegingen beperkt?

Geen enkele	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	Maximale
ziekteactiviteit	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	ziekteactiviteit

/ /  (datum waarop de evaluatie werd ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg)

..... (handtekening van de rechthebbende)

uu/uu/uuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg)

..... (handtekening van de rechthebbende)

**Arts:** Hoe schat u vandaag de activiteit van de aandoening in ter hoogte van het meest aangetaste grotere gewricht van de rechthebbende?

Geen enkele ziekteactiviteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maximale ziekteactiviteit
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	

uu/uu/uuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg)

..... (handtekening van de arts)

uu/uu/uuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg)

..... (handtekening van de arts)

