

Nom :
Date du début : ____/____/____ Dose initiale :
Durée du traitement :
Le cas échéant, les éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :
.....

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce bénéficiaire à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- Radiographie pulmonaire et test de Mantoux simultanément négatifs.
- Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif : Un médecin spécialiste en pneumologie confirme le traitement adéquat sous point IV de ce formulaire de demande.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité inscrite au § 11910000 de chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pendant une période initiale de 16 semaines, en phase d'induction, comme décrit au point b du § 11910000. Le nombre de conditionnements remboursables tient compte de 45 mg par jour jusqu'à la semaine 16 (30mg pour les bénéficiaires ayant une insuffisance rénale sévère avec un DFGe de 15 à <30 ml/min/1,73m²). Les bénéficiaires qui présentent une amélioration clinique suffisante après 8 semaines de traitement avec 45mg par jours peuvent continuer le traitement avec 15mg ou 30mg par jour jusqu'à la semaine 16.

- Maximum 4 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'upadacitinib 45 mg – 28 comprimés.
- Maximum 4 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'upadacitinib 30 mg – 28 comprimés.
- Maximum 2 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'upadacitinib 15 mg – 28 comprimés.

La date présumée du début du traitement (semaine 0) est le : ____/____/____

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

III. Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____/____/____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

IV - (Le cas échéant) - Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, médecin spécialiste en pneumologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus se trouvait dans la situation suivante :

- Radiographie pulmonaire positive ou un test de Mantoux positif.
- J'atteste que ce bénéficiaire a reçu un traitement adéquat d'une tuberculose active, en l'occurrence :

.....(traitement anti-tuberculeuse administré)

Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose active chez ce bénéficiaire.

Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique contre une réactivation est actuellement administré depuis au moins 4 semaines.

V - Identification du médecin spécialiste en pneumologie :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____/____/____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)