



J'atteste que le bénéficiaire /parent a rempli le VAS bénéficiaire /parent (évaluation globale du bien-être par le bénéficiaire /parent), figurant au point IV-1 du présent formulaire :

- Le / /  (Date à laquelle le bénéficiaire a rempli son évaluation)
- Il a obtenu un score de :

J'atteste que j'ai moi-même rempli le VAS médecin (évaluation de l'activité globale de la maladie par le médecin) figurant au point IV-2 du présent formulaire :

- Le / /  (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation)
- J'ai obtenu un score de :

J'atteste que le méthotrexate a été administré antérieurement chez ce bénéficiaire:

- Depuis le / /  (Date de début)
- A la dose de  mg par semaine
- Pendant  semaines (Durée du traitement)
- Résultat :  
 intolérance avérée:  
 inefficacité

J'atteste que le bénéficiaire sus-mentionné a suivi deux séances de thérapie locale endéans 3 mois

- Date de première séance : / /
- Date de seconde séance : / /

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 : une éventuelle TBC active fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point VI du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir V).

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un traitement avec une spécialité à base de sécukinumab inscrite au § 12110200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

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

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



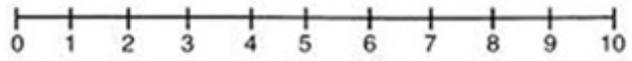
(cachet)

.....

(signature du médecin )

**IV – 1) Echelle d'évaluation VAS bénéficiaire /parent (évaluation globale du bien-être par le bénéficiaire /parent , à remplir par**

- le bénéficiaire /parent dont l'identité est mentionnée au point 1 ;
- **Bénéficiaire** : En considérant toutes les répercussions que la maladie a sur votre enfant, indiquez comment "il se débrouille »? :

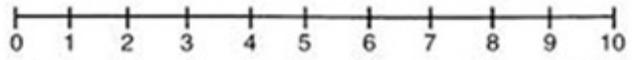


uu/uu/uuuu (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

- ..... (Signature du bénéficiaire)

**IV-2) VAS médecin (évaluation de l'activité globale de la maladie par le médecin)**

- le médecin dont l'identité est mentionnée au point 4 :
- **Médecin** : Comment évaluez-vous aujourd'hui l'activité de la maladie de votre bénéficiaire ?



- uu/uu/uuuu (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)
- ..... (Signature du médecin)

**V – Le cas échéant :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif

J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :  
..... (traitement anti-tuberculeux administré)  
Depuis le uu/uu/uuuu (date de début)  
Durant uuu semaines (durée du traitement)

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

Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

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

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

..... (signature du médecin)