

6-mercaptopurine of azathioprine :

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

Antagoniste de TNF-alpha :

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

Médicament biologique :

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

Spécialité à base de tofacitinib, de filgotinib, d'upadacitinib ou d'ozanimod :

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

- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

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 IV 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 IV).

Sur cette base, je confirme que pour ce bénéficiaire, le remboursement d'un traitement de cette spécialité (inscrite au §13460100 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1er février 2018) est nécessaire pour une période initiale de 24 semaines en tant que traitement d'induction. Le nombre de conditionnements remboursables pour la phase d'induction tiendra compte de la posologie recommandée de risankizumab selon le RCP : un maximum de 6 conditionnements de 600 mg IV, suivi par un maximum de 2 conditionnements de 180 mg SC (pour les bénéficiaires présentant une amélioration adéquate de la maladie après l'induction intraveineuse) ou d'un maximum de 2 conditionnements de 360 mg SC (pour les bénéficiaires présentant une amélioration inadéquate de la maladie après l'induction intraveineuse).

La date présumée du début de traitement (semaine 0) est le □□/□□/□□□□.

Je m'engage à arrêter toute administration ultérieure de cette spécialité lorsque le traitement initial n'a pas abouti à une amélioration clinique adéquate dans un délai de 24 semaines à partir de la semaine 0.
Une amélioration clinique adéquate après la phase d'induction (IV+SC) est définie par une diminution d'au moins 3 points du score Mayo et d'une diminution du sous-score des saignements rectaux d'au moins 1 point, à moins d'un sous-score de 0 ou 1, par rapport à la valeur de départ du bénéficiaire en semaine 0.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de risankizumab avec une spécialité du groupe de remboursement B-255, B-248, B-372 ou avec une spécialité du groupe de remboursement Fb-4 n'est jamais autorisé.

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

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

_____ (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 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 :

- Avec (traitement anti-tuberculeux administré).

- Depuis le ____/____/____ (date de début).

- Durant 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.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)