

**Annexe B-1 : Proposition de modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type poly-articulaire :**

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec une spécialité pharmaceutique à base d'etanercept inscrite au § 2870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 pour une arthrite psoriasique de type de poly-articulaire (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 17 ans, est atteint d'une arthrite psoriasique de type poly-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a 1) du § 2870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable de méthotrexate pendant 12 semaines ;
- Conditions relatives à la présence d'une arthrite active au niveau d'au moins 5 articulations ;
- Conditions relatives à l'obtention d'un index d'au moins 25 au HAQ (Health Assessment Questionnaire) ;
- 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 des lésions articulaires ont été mises en évidence par radiologie

- Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date) <sup>(1)</sup>
- Au niveau de : .....(localisation articulaire) <sup>(2)</sup>

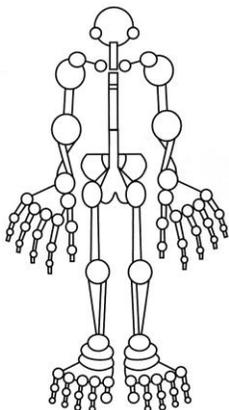
J'atteste que le méthotrexate a été administré antérieurement chez ce bénéficiaire:

- Depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date de début) <sup>(3)</sup>
- A la dose de \_\_\_\_ mg par semaine <sup>(4)</sup>
- Pendant \_\_\_\_ semaines (Durée du traitement) <sup>(5)</sup>
- Administré par voie : <sup>(6)</sup>
  - intramusculaire
  - orale
- En cas d'un éventuel non-respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines, éléments <sup>(7)</sup> démontrant l'intolérance à cette posologie :

J'atteste que j'ai observé cliniquement une arthrite active :

- Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date de début) <sup>(12)</sup>
- Au niveau des articulations suivantes (au moins 5)

(à indiquer sur le schéma de la silhouette ci-contre) <sup>(13)</sup>



J'atteste que le bénéficiaire a rempli lui-même le questionnaire HAQ figurant au point V du présent formulaire :

- Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) <sup>(14)</sup> et qu'il a obtenu un score brut de :



