





J'atteste que le patient a rempli lui-même l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point V du présent formulaire:

le / /  (Date à laquelle le patient a rempli son évaluation)

Il a obtenu un score de :

J'atteste que j'ai moi-même rempli l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point V du présent formulaire:

le / /  (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation)

J'ai obtenu un score de :

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient 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 VI).

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité SIMPONI

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

(nom)

(prénom)

1--- (N° INAMI)

/  /  (Date)



(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)

**IV – Echelle d'évaluation NRS de l'articulation majeure la plus atteinte, à remplir par**

le patient dont l'identité est mentionnée au point I;

le médecin dont l'identité est mentionnée au point IV:

Patient : Veuillez indiquer comment vous appréciez l'activité de votre maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte durant les derniers jours, c'est-à-dire dans quelle mesure cette articulation est-elle douloureuse, gonflée, raide, restrictive dans vos mouvements ?

Aucune	<input type="checkbox"/>	Activité										
activité de												maximale de
la maladie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	la maladie

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

..... (Signature du patient)

**Médecin :** Comment évaluez-vous aujourd'hui l'activité de la maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte de votre patient ?

Aucune	<input type="checkbox"/>	Activité										
activité de												maximale de
la maladie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	la maladie

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

..... (Signature du médecin)

**V – (Le cas échéant) :**  
**Éléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (date de début)  
 Durant \_\_\_\_ semaines (durée du traitement)
  - Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.
  - Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (nom)  
 \_\_\_\_\_ (prénom)  
 1-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (N° INAMI)  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Date)



(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)