ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte (§ 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement:
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient adulte mentionné ci-dessus est atteint de rectocolite hémorragique sévère, et remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
- Conditions relatives à la présence d'une rectocolite ulcéro-hémorragique sévère définie par un Mayo score de ≥ 6 points (échelle 0-12 points) et dont le sous-score endoscopique est de ≥ 2 points:  J'atteste avoir obtenu le □□/□□/□□□ (date de l'évaluation) un score Mayo de □□ points, en additionnant les 4 sous-scores ayant chacun une échelle de 0-3 points, - sous-score rectorragies : □ points - sous-score fréquence des selles : □ points - sous-score évaluation globale sur le bien-être du patient: □ points - sous-score endoscopique: □ points.
<ul> <li>Conditions relatives à un traitement préalable adéquat d'au moins 3 mois par aminosalicylates et d'au moins 3 mois par corticoïdes et/ou de la 6-mercaptopurine ou de l'azathioprine, menant à une réponse insuffisante ou intolérance avérée et documentée, à moins d'une contre-indication existante documentée :</li> </ul>
Aminosalicylates  Nom:  Date du début:  Dose initiale:  Durée du traitement:  Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement:
Corticoïdes
Nom :
6-mercaptopurine ou azathioprine : Nom : Date du début :
Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  - Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive.
J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée cidessous :  Radiographie pulmonaire et test de Mantoux simultanément négatifs ; Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif : une éventuelle tuberculose active fait l'objet d'un traitement

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité SIMPONI pendant une période initiale de 14 semaines, en phase d'induction. Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte du poids corporel du patient :

pneumologie (voir point IV).

adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point IV du présent formulaire. Une éventuelle tuberculose latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en

☐ Pour un patient de < 8	30 kg :								
☐ 3 conditionn	ements de se	eringues/stylos	de 100mg	et 3 conditionne	ements de serin	gues/stylos	s de 50 mg.		
☐ Pour un patient de ≥ 8	30 kg :								
☐ 6 conditionne	ements de sei	ringues/stylos	de 100 mg						
La date présumée de	u début du tra	aitement (sema	ine 0) est l	e ==/==/====					
Je m'engage à arrêt d'attaque n'a pas ab partir de la semaine sous-score 'rectorraç	outi à une an 0. L'efficacité	nélioration clin clinique est d	ique dans éfinie comr	un délai de 12 a me une diminuti	à 14 semaines on du Mayo sc	(après les ore d'au m	4 doses de la ph oins 3 points et d'	ase d'inducti 'une diminuti	ion) à
En outre, je m'engaç situation attestée.	je à tenir à la	disposition du	médecin-c	conseil les élém	ents de preuve	établissan	t que mon patient	se trouve da	ans la
III - Identification du m	<u>édecin spéci</u>	ialiste en gas	ro-entérol	ogie ou en mé	decine interne	<u>:</u>			
			(n	om)					
			(p	rénom)					
1 -		(n° INAN	11)						
//	(date)								
	(cac	chet)			(si	gnature du	médecin )		
IV - (Le cas échéant) :		,			`	J	,		
- Eléments à atteste		cin spécialiste e	n pneumolo	ogie :					
Je soussigné, mé	decin spécialiste	e en pneumologi	e, certifie que	le patient mentionr	né ci-dessus se tro	ouvait dans la	situation suivante :		
□ Radiographie	e pulmonaire p	positive ou un	test de Mar	ntoux positif.					
☐ J'atteste	e qu'il	a reçu	un	traitement	adéquat	d'une	tuberculose	active,	er 
(traitement anti □ Je confirme o		,	uberculose	active chez ce	patient.				
☐ Je confirme of est actuellement					un traitement a	idéquat pro	phylactique contr	e une réactiv	⁄atior
- Identification du m	édecin spécial	liste en pneumo	logie :						
				om)					
			` 	rénom)					
1  -	-     -	n° INAM	11)						
	(date)								
	(car	chet)			(si	gnature du	médecin )		
		,			(5.		· · · · /		