

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).

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:

- Version valable à partir du 01.12.2014

☐ Pour un patient de < 80 kg :

☐ 3 conditionnements de seringues/stylos de 100mg et 3 conditionnements de seringues/stylos de 50 mg.

☐ Pour un patient de ≥ 80 kg :

☐ 6 conditionnements de seringues/stylos de 100 mg.

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

Je m'engage à arrêter toute administration ultérieure de SIMPONI, y compris l'administration à la semaine 14, lorsque le traitement d'attaque n'a pas abouti à une amélioration clinique dans un délai de 12 à 14 semaines (après les 4 doses de la phase d'induction) à partir de la semaine 0. L'efficacité clinique est définie comme une diminution du Mayo score d'au moins 3 points et d'une diminution du sous-score 'rectorragies' d'au moins 1 point, à moins d'un sous-score de 0 ou 1, par rapport à la situation clinique à la semaine 0.

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

III - Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne :

(nom)

(prénom)

- - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)

IV - (Le cas échéant) :

- Éléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, médecin spécialiste en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouvait dans la situation suivante :

☐ Radiographie pulmonaire positive ou un test de Mantoux positif.

☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat d'une tuberculose active, en l'occurrence :

(traitement anti-tuberculeux administré)

☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose active chez ce patient.

☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique contre une réactivation est actuellement administré depuis au moins 4 semaines.

- Identification du médecin spécialiste en pneumologie :

(nom)

(prénom)

- - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)

