

ANNEXE B.2: Modèle du formulaire de description clinique avant l'initiation du traitement de l'arthrite psoriasique de type oligo- articulaire

Formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base d'apremilast pour une arthrite psoriasique de type oligo-articulaire. (§7890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)
(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, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (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 18 ans, est atteint d'une arthrite psoriasique de type oligo-articulaire insuffisamment contrôlée et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a-2) du § 7890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018:

- Conditions relatives à une réponse insuffisante à l'utilisation optimale préalable
 - d'anti-inflammatoires non stéroïdiens;
 - de sulfasalazine pendant au moins 12 semaines;
 - de méthotrexate pendant au moins 12 semaines;
 - de deux séances de thérapie locale (intra-articulaire) avec stéroïdes dans la même articulation, à moins d'une contre-indication documentée, endéans 3 mois ;
- Conditions relatives à la présence d'une arthrite active au niveau d'au moins 3 articulations, dont au moins une est une articulation majeure ;
- Conditions relatives à l'obtention d'un score d'au moins 4 au NRS (Numerical Rating Scale) évalué séparément par le bénéficiaire et par le médecin.

J'atteste que des lésions articulaires ont été mises en évidence par radiologie

- le ____/____/____ (Date)
- au niveau de: (Localisation articulaire)

J'atteste que les deux Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs administrés antérieurement chez ce bénéficiaire sont les suivants:

1. Sulphasalazine

- Depuis le ____/____/____ (Date de début)
- A la dose de ____ mg par jour
- Pendant ____ semaines (Durée du traitement)

2. Méthotrexate

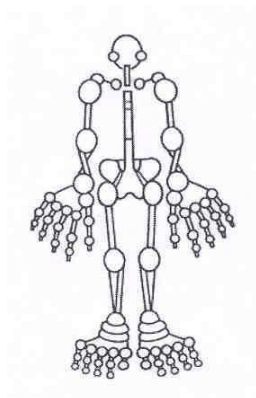
- Depuis le ____/____/____ (Date de début)
- A la dose de ____ mg par semaine
- Pendant ____ semaines (Durée du traitement)
- Administré par voie:
 - ☐ intramusculaire
 - ☐ orale
- En cas d'un éventuel non respect de la condition visant un traitement d'au moins 15 mg par semaine pendant au moins 12 semaines,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

.....
.....
.....
.....

J'atteste que le bénéficiaire sous-mentionné a suivi deux séances de thérapie locale endéans 3 mois

Date de seconde séance : 11/11/1111

(à indiquer sur le schéma de la silhouette):



Il a obtenu un score de : 11

J'ai obtenu un score de :

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un traitement avec cette spécialité

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

| (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)

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

[illegible]

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

..... (signature du bénéficiaire)

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

Aucune	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	Activité
activité de la	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	maximale	de
maladie												la maladie	

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

..... (Signature du médecin)