

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'ixékizumab pour une arthrite psoriasique de l'adulte, ou pour une arthrite psoriasique de l'adulte qui est également atteint de psoriasis en plaques modéré à sévère (§ 9450300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus âgé d'au moins 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base d'ixékizumab sur base des conditions du § 9450100 ou § 9450200 du chapitre IV qui lui sont applicables, pendant au moins 16 semaines pour le traitement de :

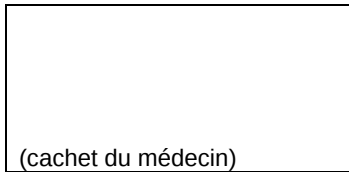
J'atteste que ce traitement s'est montré efficace à la fois par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une arthrite active et par une diminution d'au moins 20 % de l'index au HAQ (Health Assessment Questionnaire), par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace à la fois par une amélioration de minimum 2 points sur le NRS (Numerical Rating Scale) rempli séparément par le bénéficiaire et par le médecin pour l'articulation majeure la plus atteinte.

- de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /
- de la posologie de 80 mg toutes les 4 semaines, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :
 conditionnements de 1 seringue ou stylo prérempli de 80 mg (maximum 13)

Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collègue de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par la Ministre, comme décrites au point e) du § 9450300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018.

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)



(cachet du médecin)

.....

(signature du médecin)