

BIJLAGE B.1: Voorstel van model van het formulier met klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling van polyarticulaire psoriatische artritis

Formulier met de klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg voor polyarticulaire psoriatische artritis, na een voorafgaand gebruik van minstens 36 weken aan een dosering van 150 mg (§ 10960000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

(te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend-arts van de betrokken rechthebbende)

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de reumatologie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is, en lijdt aan polyarticulaire psoriatische artritis, die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a-1) van § 10960000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

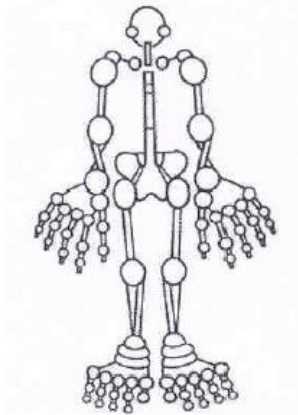
Ik bevestig dat de specialiteit op basis van secukinumab voorafgaand werd toegediend aan een dosering van 150 mg gedurende minstens 36 weken. Deze specialiteit aan de dosering van 150 mg werd vergoed op basis van de voorwaarden a) 1 en e) 1 a) zoals vermeld in de §8540200 van hoofdstuk IV;

van ____/____/____ tot ____/____/____ (datum van laatste behandeling met een dosering van 150 mg).

Ik bevestig dat na een behandelingsduur van minstens 36 weken met de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab aan een dosering van 150 mg, er een partiële respons werd vastgesteld. Deze partiële respons is gedefinieerd als een vermindering tussen 20% en 50% van het aantal door actieve artritis aangetaste gewrichten en door een daling tussen 20% en 50% van de HAQ-index (Health Assessment Questionnaire), vergeleken met de klinische toestand van de rechthebbende vóór de aanvang van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab toegediend aan de dosering van 150 mg.

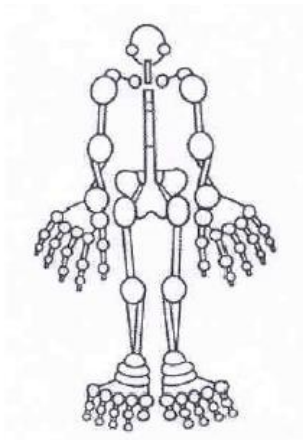
Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld:

- Op ____/____/____ (datum aanvang van de dosering van 150 mg)
- ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste vijf)
(aan te duiden op de figuur hiernaast)



Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld:

- Op ____/____/____ (datum einde van de dosering van 150 mg)
- ter hoogte van de volgende gewrichten
(aan te duiden op de figuur hiernaast)



Ik bevestig dat de rechthebbende zelf de HAQ-vragenlijst ingevuld heeft, opgenomen onder punt IV van dit formulier:
op / / (datum waarop de vragenlijst werd ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg) en dat er een totale score werd
bekomen van:
 op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van:
 op 100.

op / / (datum waarop de vragenlijst werd ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg) en dat er een totale score werd
bekomen van:
 op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van:
 op 100.

Op grond hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg.

III - Identificatie van de arts-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV - Vragenlijst omtrent fysiek functioneren (HAQ) in te vullen door de rechthebbende wiens identiteit vermeld staat onder punt I.

(Gelieve met een kruisje het antwoord aan te duiden dat het best uw capaciteiten van de laatste dagen omschrijft).

	Zonder ENIGE moeilijkheid	Met ENIGE moeilijkheid	ZEER moeilijk	ONMOGELIJK
1) AANKLEDEN EN UITERLIJKE VERZORGING :				
Bent u in staat om:				
a) Uzelf aan te kleden, incl. uw veters dicht te knopen en uw kleren dicht te knopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uw haar te wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) OPSTAAN:				
Bent u in staat om:				

- a) Van een stoel op te staan ?
- b) In en uit bed te komen

3) ETEN :

Bent U in staat om:

- a) Uw vlees zelf te snijden ?
- b) Een vol kopje of glas naar uw mond te brengen ?
- c) Een brik melk of fruitsap te openen?

4) LOPEN:

Bent u in staat om:

- a) Buiten op vlak terrein te lopen ?
- b) 5 treden van een trap op te lopen?

5) HYGIENE:

Bent u in staat om :

- a) U volledig te wassen en af te drogen ?
- b) Een bad te nemen?
- c) Op het toilet plaats te nemen en er weer van op te staan ?

6) GRIJPEN :

Bent u in staat om:

- a) Een voorwerp van 2,5 kg boven uw hoofd te pakken ?
- b) U te bukken om een kledingsstuk van de vloer op te rapen?

7) HET GEBRUIK VAN DE HANDEN:

Bent u in staat om:

- a) Een autodeur open te maken ?
- b) Een pot open te schroeven die al eerder is opengedraaid?
- c) Een kraan open en dicht te draaien?

8) ANDERE ACTIVITEITEN :

Bent u in staat om:

- a) boodschappen te doen ?
- b) in en uit de auto te stappen?
- c) Huishoudelijke taken te verrichten zoals stofzuigen of een beetje te tuinieren ?

Zonder ENIGE moeilijkheid	Een BEETJE ongemakkelijk	Beperkt tot bepaalde posities of zeer ongemakkelijk	ONMOGELIJK door polyarthritis
(0)	(1)	(2)	(3)

uu / uu / uuuuu (Datum waarop de vragenlijst werd ingevuld bij aanvang van de dosering van 150 mg))
(Handtekening van de rechthebbende)

uu / uu / uuuuu (Datum waarop de vragenlijst werd ingevuld bij einde van de dosering van 150 mg))
(Handtekening van de rechthebbende)