

Traitement biologique (adalimumab ou infliximab ou golimumab ou vedolizumab ou ustekinumab):
 Nom:.....
 Date du début:.....
 Dose initiale:.....
 Durée du traitement:.....
 Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement:

Spécialité à base de tofacitinib ou de filgotinib:
 Nom:.....
 Date du début:.....
 Dose initiale:.....
 Durée du traitement:.....
 Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement:

- Je confirme que le bénéficiaire ne présente pas de contrindications mentionnées dans le RCP.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement pour un traitement avec une spécialité à base d'ozanimod pendant une période initiale de 12 semaines, en phase initial.

Le nombre de conditionnements tiendra compte avec une dose de départ de 0,23 mg/0,46 mg de cette spécialité, durant 7 jours, suivi par une dose d'entretien de 0,92 mg, une fois par jour (cfr § 11800000 du chapitre IV de la liste jointe à l' A.R. du 1 février 2018):

- 1 conditionnement de 4*0,23mg et de 3*0,46mg (éventuellement un conditionnement d'initiation supplémentaire pour redémarrer le traitement)
- Maximum 3 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'ozanimod 0,92mg - 28 gélules

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

Je m'engage à arrêter toute administration ultérieure d'une spécialité à base d'ozanimod lorsque le traitement d'attaque n'a pas abouti à une amélioration clinique dans un délai de 10 semaines à partir de la semaine 0. L'amélioration clinique est définie par une diminution d'au moins 3 points du score Mayo (échelle de 0-12 points) et une diminution du sous-score concernant les saignements rectaux d'au moins 1 point (échelle de 0-3 points), à moins d'un sous-score de 0 ou 1, par rapport à la valeur de départ du bénéficiaire en semaine zero.

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)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

___ / ___ / _____ (date)

 (cachet)

..... (signature du médecin)