

Formulier met de klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van etanercept ingeschreven in § 2870000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 voor oligoarticulaire psoriatische artritis (te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend-arts van de betrokken rechthebbende)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Lk ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 17 jaar oud is en lijdt aan oligoarticulaire psoriatische artritis die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a 2) van § 2870000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

- Ik bevestig dat de gewrichtsletsels waargenomen werden aan de hand van een radiografie, genomen op

- Ik bevestig dat de twee Slow Acting Anti-Rheumatic Drugs die voordien toegediend werden aan deze rechthebbende de volgende zijn :

1. Sulfasalazine
 - Sinds / / (datum aanvang) ⁽³⁾
 - In een dosis van mg per dag ⁽⁴⁾
 - Gedurende weken (duur van de behandeling) ⁽⁵⁾
2. Methotrexaat
 - Sinds / / (datum aanvang) ⁽³⁾
 - In een dosis van mg per week ⁽⁴⁾
 - Gedurende weken (duur van de behandeling) ⁽⁵⁾
 - Toegediend: ⁽⁶⁾
 - ☐ intramusculair
 - ☐ oraal
 - In geval dat een behandeling van minstens 15 mg per week gedurende 12 weken niet nageleefd kon worden, hierbij de elementen ⁽⁷⁾ die aantonen dat deze posologie niet verdragen werd :

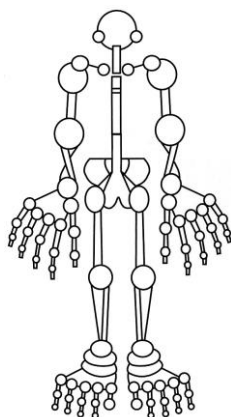
Ik bevestig dat de hierboven vermelde rechthebbende twee behandelingen met een lokale therapie heeft gevolgd binnen de 3 maanden:

- Datum van de eerste behandeling:
- Datum van de tweede behandeling:

Ik bevestig dat ik klinisch actieve artritis heb vastgesteld :

- Op uu/uu/uuuu (datum van begin) ⁽¹²⁾
- Ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste 3)

(aan te duiden op de figuur hiernaast) ⁽¹³⁾



Ik bevestig dat de rechthebbende zelf de NRS-evaluatie (Numerical Rating Scale) heeft ingevuld, voor het meest aangetaste grotere gewricht opgenomen onder punt V van dit formulier :

- Op / / (datum waarop de rechthebbende de evaluatie heeft ingevuld)
- heeft hij een score bekomen van:

Ik bevestig dat ik zelf de NRS-evaluatie (Numerical Rating Scale) heb ingevuld voor het meest aangetaste grotere gewricht opgenomen onder punt V van dit formulier :

- Op / / (datum waarop de arts de evaluatie heeft ingevuld)
- heb ik een score bekomen van :

Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist :

☐ ⁽¹⁷⁾ Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden negatief ;

☐ ⁽¹⁸⁾ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief : een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een arts-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt VI van dit formulier. Een eventuele latente TBC geeft aanleiding tot een adequaat werkende behandeling die sinds 4 weken werd opgestart, bevestigd door een arts-specialist in de pneumologie (zie VI).

Op grond hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een behandeling met een specialiteit ingeschreven in § 2870000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018.

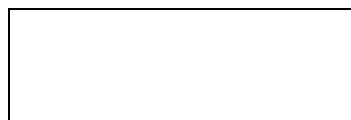
III – Identificatie van de arts-specialist mentionné ci-dessus au point II :

(naam)

(voornaam)

- - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV – NRS-evaluatieschaal van het meest aangetaste grotere gewricht, in te vullen door

- **de rechthebbende van wie de identiteit in punt 1 vermeld is;**

- **de arts van wie de identiteit in punt 4 vermeld is:**

- **Rechthebbende** : Gelieve aan te duiden hoe u de activiteit van uw aandoening inschat ter hoogte van het meest aangetaste grotere gewricht tijdens de laatste dagen, dit betekent in welke mate dit gewricht pijnlijk, gezwollen, stram is, uw bewegingen beperkt?

Geen enkele ziekte-activiteit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Maximale ziekte-activiteit
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- uu / uu / uuuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld)
- (handtekening van de rechthebbende)
- **Arts:** Hoe schat u vandaag de activiteit van de aandoening in ter hoogte van het meest aangetaste grotere gewricht van uw
deze rechthebbende?

Geen enkele ziekte-activiteit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Maximale ziekte-activiteit
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- uu / uu / uuuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld)
- (handtekening van de arts)

V – Indien van toepassing

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt:

☐ ⁽²¹⁾ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief

☐ Ik bevestig hierbij dat hij een adequate tuberculostatica behandeling kreeg

Met (toegediende anti-tuberculose behandeling)⁽¹⁷⁾

Sinds uu / uu / uuuuu (datum van aanvang) ⁽²⁴⁾

Gedurende: uuu weken (duur van de behandeling) ⁽²⁵⁾

☐ Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende

☐ Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente TBC de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose gevolgd worden.

VI - Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)