

BIJLAGE B-2: Model van het formulier met klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling van oligoarticulaire psoriatische artritis:

Formulier met de klinische beschrijving vóór de aanvang van de behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van apremilast voor oligoarticulaire psoriatische artritis. (§7890000 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 oligoarticulaire psoriatische artritis die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a-2) van § 7890000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

- Voorwaarden met betrekking tot een onvoldoende respons op het voorafgaande, optimale gebruik van niet-steroïdale anti-inflammatoire farmaca;

van sulfasalazine gedurende ten minste 12 weken;
van methotrexaat gedurende ten minste 12 weken;
twee behandelingen met lokale (intra-articulaire) therapie met steroïden in hetzelfde gewricht, behalve wanneer hiervoor een gedocumenteerde contra-indicatie bestaat, binnen de drie maanden;
- Voorwaarden met betrekking tot de aanwezigheid van actieve artritis ter hoogte van ten minste 3 gewrichten waarvan ten minste één een groter gewricht is;
- Voorwaarden met betrekking tot het bekomen van een index van minstens 4 op de NRS (Numerical Rating Scale) afzonderlijk beoordeeld door arts en rechthebbende;

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

- ____/____/____ (datum)

- Ter hoogte van:(lokalisatie van de gewrichten)

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)
- In een dosis van ____ mg per dag
- Gedurende ____ weken (duur van de behandeling)

2. Methotrexaat

- Sinds ____/____/____ (datum aanvang)
- In een dosis van ____ mg per week
- Gedurende ____ weken (duur van de behandeling)

- Toegediend:

- ☐ intramusculair
- ☐ oraal

- In geval dat een behandeling van minstens 15 mg per week gedurende 12 weken niet nageleefd kon worden, hierbij de elementen die aantonen dat deze posologie niet verdragen werd:

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

Datum van de eerste behandeling: 00/00/0000
Datum van de tweede behandeling: 00/00/0000

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

heb ik een score bekomen van:

III - Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld

(naam)
 (voornaam)
 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)
 (stempel) (handtekening van de arts)

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

de arts van wie de identiteit in punt IV 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?

ziekteactiviteit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) ziekteactiviteit

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 rechthebbende?

Geen enkele □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Maximale
ziekteactiviteit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) ziekteactiviteit

uu/uu/uuuuu (datum waarop de evaluatie werd ingevuld)

..... (handtekening van de arts)