

Formulier met de klinische beschrijving voor de aanvang van de behandeling met de specialiteit HUMIRA voor reumatoïde artritis
(§ 307 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

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

II-Specifiek, uniek nummer toegekend aan de patiënt door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling:

(in te vullen door de geneesheer-specialist in de reumatologie, verantwoordelijk voor de behandeling, bij ontvangst van de mededeling van dit nummer door de adviserend geneesheer)

/ / / /

III-Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de reumatologie:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt minstens 17 jaar oud is, en lijdt aan erosieve reumatoïde artritis, die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a) van § 307 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

- Voorwaarden met betrekking tot een onvoldoende respons op het voorafgaandelijk, optimale gebruik van minimum twee SAARD (Slow Acting Anti-Rheumatic drugs) waaronder minstens methotrexaat;
- Voorwaarden met betrekking tot de aanwezigheid van een actieve synovitis ter hoogte van minstens acht gewrichten;
- Voorwaarden met betrekking tot het bekomen van een index van minstens 25 op HAQ (Health Assessment Questionnaire);
- Voorwaarden met betrekking tot de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose.

Ik bevestig dat de erosie van de aandoening waargenomen werd aan de hand van een radiografie genomen op:

- / / (Datum)⁽¹⁾

- ter hoogte van :(lokalisatie van de gewrichten)⁽²⁾

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

1. Methotrexaat

- Sinds / / (datum aanvang)⁽³⁾

- In een dosis van mg/week⁽⁴⁾

- Gedurende weken (duur van de behandeling)⁽⁵⁾

- Toegediend⁽⁶⁾

- intramusculair

- oraal

- In geval dat een behandeling van minstens 15 mg gedurende 12 weken niet kon nageleefd worden, hierbij de elementen⁽⁷⁾ die aantonen dat deze posologie niet verdragen werd :

- In geval van een aanvraag voor terugbetaling van een behandeling met HUMIRA zonder methotrexate, volgende bewijzen^(7bis) van intolerantie voor methotrexate :

2.⁽⁸⁾ (goudzouten, of salazopyrine of leflunomide)

- Sinds / / (datum aanvang)⁽⁹⁾

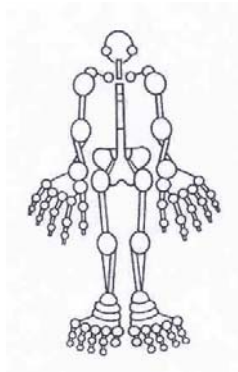
- In een dosis van mg/dag⁽¹⁰⁾

- Gedurende weken (duur van de behandeling)⁽¹¹⁾

Ik bevestig dat ik klinisch een actieve synovitis heb vastgesteld :

- Op / / (datum van het klinisch onderzoek)⁽¹²⁾

- ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste acht)
(aan te duiden op de figuur hiernaast)⁽¹³⁾



Ik bevestig dat de patiënt zelf de HAQ vragenlijst ingevuld heeft, opgenomen onder punt V van dit formulier:

- op / / (datum waarop de vragenlijst ingevuld werd)⁽¹⁴⁾ en dat er een totale score werd bekomen van :

- op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag),⁽¹⁵⁾ die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van :
- Op 100.

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

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

- ⁽¹⁸⁾ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief : Een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een geneesheer-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 geneesheer-specialist in de pneumologie (zie VI).

Op grond hiervan bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een toegediende behandeling met HUMIRA :

met methotrexate

of

zonder methotrexate (wanneer een intolerantie voor methotrexate bij de patiënt bewezen is)

IV-Identificatie van de geneesheer-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres en RIZIV nummer):

1- - - / /	(naam) (voornaam) (N° RIZIV) (Datum)
<div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 45px;"></div>	(STEMPEL) (HANDTEKENING VAN ARTS)

V-Vragenlijst omtrent fysiek functioneren (HAQ) in te vullen door de patiënt 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 MOEILIKHEID	MET ENIGE MOEILIKHEID	ZEER MOEILIK	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In en uit bed te komen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ETEN :				
Bent U in staat om:				
a. Uw vlees zelf te snijden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een vol kopje of glas naar uw mond te brengen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Een brik melk of fruitsap te openen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) LOPEN:				
Bent u in staat om:				
a. Buiten op vlak terrein te lopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 5 treden van een trap op te lopen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) HYGIENE:				
Bent u in staat om :				
a. U volledig te wassen en af te drogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een bad te nemen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Op het toilet plaats te nemen en er weer van op te staan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) GRIJPEN :				
Bent u in staat om:				
a. Een voorwerp van 2,5 kg boven uw hoofd te pakken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. U te bukken om een kledingstuk op de vloer op te rapen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) HET GEBRUIK VAN DE HANDEN:				
Bent u in staat om:				
a. Een autodeur open te maken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een pot open te schroeven die al eerder is opengemaakt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Een kraan open en dicht te draaien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) ANDERE ACTIVITEITEN :

Bent u in staat om:

a.	boodschappen te doen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	In en uit de auto te stappen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Huishoudelijke taken te verrichten zoals stofzuigen of een beetje te tuinieren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		zonder ENIGE moeilijkheid	Een BEETJE ongemakkelijk	Beperkt tot bepaalde posities of zeer ongemakkelijk (2)	ONMOGELIJK door polyartritis (3)
	(score toegekend aan elke kolom)	(0)	(1)	(2)	(3)

/ / (Datum waarop de vragenlijst werd ingevuld) ⁽¹⁸⁾

..... (Handtekening van de patiënt)

VI-(Indien van toepassing) :

• **Gegevens te bevestigen door een geneesheer-specialist in de pneumologie**

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

⁽²⁰⁾ positieve radiografie van de longen of positieve Mantoux-test

Ik bevestig dat hij een adequate tuberculosebehandeling kreeg, met name:

- (toegediende anti-tuberculose behandeling) ⁽²¹⁾
- Sinds / / (datum van aanvang) ⁽²²⁾
- Gedurende : weken (duur van de behandeling) ⁽²³⁾

Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze patiënt.

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

• **Identificatie van de geneesheer-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer)**

1- - -
/ /

(naam)
(voornaam)
(N° RIZIV)
(Datum)

(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN ARTS)

