

ANNEXE B : formulaire de description clinique avant l'initiation d'un traitement avec une spécialité à base d'omalizumab pour le rhinosinusite chronique sévère avec polypes nasaux (§ 11220000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018). A conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

(nom)
 (prénom)
 (numéro d'affiliation)

II- Eléments à attester par le médecin-spécialiste en otorhinolaryngologie:

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, pesant kgs est atteint de rhinosinusite chronique sévère avec polypes nasaux, pour lesquels le traitement par des corticostéroïdes intranasaux ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 11220000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018.

Score de polypes nasaux	Date	
	NPS-score	
Score de congestion nasale	Date	
	NCS-Score	
IgE sériques	Date	
	Taux	IE/ml
Traitement quotidien	Corticostéroïdes intranasaux	
	Nom	
	Dose (µg/dag)	
Le bénéficiaire est insuffisamment contrôlé malgré les médicaments mentionnés ci-dessus		
Présence de polypes bilatéraux avec un score de polypes nasaux (NPS) d'au moins 4 points sur 8.		OUI/NON
Au moins un traitement par corticostéroïdes systémiques au cours des deux années précédentes. Un traitement par corticostéroïdes systémiques fait référence à un minimum de 5 jours de corticostéroïdes systémiques à la dose de 0,5mg/ kg/ jour ou plus.		OUI/NON
Avoir subi au moins une chirurgie naso-sinusale antérieure. La chirurgie naso-sinusale fait référence à toute intervention chirurgicale, de la résection de polypes à la chirurgie endoscopique des sinus (ESS) conventionnelle ou aux approches globales.		OUI/NON
Présence d'une comorbidité d'asthme, confirmée par un médecin spécialiste en pneumologie.		OUI/NON

III - Identification du médecin spécialiste en otorhinolaryngologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

(nom)
 (prénom)
 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

(cachet) (signature du médecin)