

**BIJLAGE A : Model van formulier voor een eerste aanvraag**

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit CIMZIA bij reumatoïde artritis (§ 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001):

**I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):**

.....

**II – Elementen te bevestigen door een arts- specialist in de reumatologie:**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat aan de voorwaarden gesteld in punten a) en b) van § 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 is voldaan voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit CIMZIA aan deze patiënt, daar deze toediening is gebeurd onder de omstandigheden zoals beschreven onder punt III hieronder:

**III – Situatie van de patiënt die momenteel de toediening van CIMZIA nodig heeft (aankruisen en aanvullen wat van toepassing is):**

Ik verklaar dat het gaat over een patiënt van minstens 18 jaar die aan matige tot ernstige actieve reumatoïde artritis lijdt en die reeds een optimale behandeling met minstens twee SAARD gekregen heeft.

Deze behandeling, toegediend in optimale dosis gedurende minimum 3 maanden, heeft aanleiding gegeven tot een onvoldoende respons;

(of)

Deze behandeling heeft aanleiding gegeven tot een intolerantie.

Voorwaarden betrekking hebbende op de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose, evenals de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose.

Ik bevestig dat ik voor de adviserend geneesheer een formulier ter beschikking houd met de beschrijving van de klinische toestand volgens het model in bijlage B van § 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, en dat alle rubrieken volledig ingevuld en ondertekend werden vóór het aanvangen van de behandeling, door de rechthebbende voor de HAQ, door de geneesheer-specialist in de pneumologie in desbetreffend geval, en door mezelf voor alle andere gegevens.

Bovendien,

Verklaar ik dat het gaat om een patiënt met een DAS-28 score groter of gelijk aan 3,7 die aan alle voorwaarden voldoet om de vergoeding van een behandeling met de specialiteit CIMZIA te krijgen gedurende een periode van 6 maanden.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling noodzakelijk is gedurende een periode van 6 maanden van een behandeling met de toegediende specialiteit CIMZIA:

met methotrexate  
of

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

Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van de verpakkingen, waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende de eerste 6 maanden te verzekeren, rekening houdend met een startdosis van 400 mg (2 x 200 mg op één dag) in week 0, 2 en 4, gevolgd door een onderhoudsdosis van 200 mg om de 2 weken, hieronder vermeld wordt :

verpakkingen (maximum 8 verpakkingen)

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserende arts.

Ik verbind me er tevens toe, wanneer mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, aan het college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

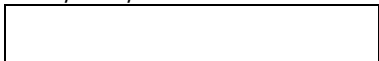
**IV – Identificatie van de arts-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):**

..... (naam)

..... (voornaam)

1-..... (RIZIV-nummer)

.. / .. / ..... (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

**BIJLAGE B : Model van het formulier met klinische beschrijving voor de aanvang van de behandeling**

Formulier met de klinische beschrijving voor de aanvang van de behandeling met de specialiteit CIMZIA voor reumatoïde artritis (§ 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. 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 18 jaar oud is, en lijdt aan reumatoïde artritis, die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a) van § 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. 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 het bekomen van een DAS28 score van minstens 3,7;
- Voorwaarden betrekking hebbende op de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose, evenals de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose.

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)<sup>(3)</sup>
- In een dosis van ... mg/week <sup>(4)</sup>
- Gedurende .... weken (duur van de behandeling) <sup>(5)</sup>
- Toegediend <sup>(6)</sup>
  - intramusculair
  - oraal
- In geval dat een behandeling van minstens 15 mg gedurende 12 weken niet kon nageleefd worden, hierbij de elementen<sup>(7)</sup> die aantonen dat deze posologie niet verdragen werd:
 

.....

.....
- In geval van een aanvraag voor terugbetaling van een behandeling met CIMZIA zonder methotrexate, volgende bewijzen <sup>(7bis)</sup> van intolerantie voor methotrexate:
 

.....

.....

**2. ....<sup>(8)</sup> (goudzouten, of salazopyrine of leflunomide)**

- Sinds ..../.../..... (datum aanvang) <sup>(9)</sup>
- In een dosis van ... g/dag<sup>(10)</sup>
- Gedurende .... eken (duur van de behandeling) <sup>(11)</sup>

Ik bevestig dat bij deze patiënt een DAS28 score werd bekomen van : ... (waarde) , gemeten op ..../.../..... (datum waarop de DAS28 score werd bepaald)

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) <sup>(14)</sup> en dat er een totale score werd bekomen van : ... op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), <sup>(15)</sup> die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van : ... op 100 <sup>(16)</sup>

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

- <sup>(17)</sup> Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden negatief ;
- <sup>(18)</sup> 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 CIMZIA :

met methotrexate

of

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

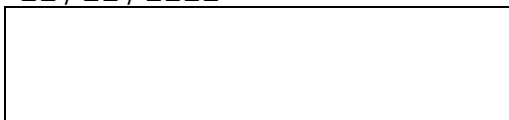
**IV – Identificatie van de geneesheer-specialist in de reumatologie (naam, voornaam, adres en RIZIV nummer):**

..... (naam)

..... (voornaam)

1-..... (N° RIZIV)

.. / .. / ..... (Datum)



(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 moeilijkheid	Met ENIGE moeilijkheid	ZEER moeilijk	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	ONMOGELIJK door polyarthritis
(score toegekend aan elke kolom)	(0)	(1)	(2)	(3)

□□ / □□ / □□□□ (Datum waarop de vragenlijst werd ingevuld) <sup>(19)</sup> ..... (Handtekening van de patiënt)

**VI – (Indien van toepassing)**

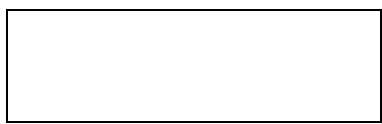
**Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de pneumologie**

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

- 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)
  - Sinds □□/ □□/ □ □ □ □ (datum van aanvang)
  - Gedurende: □□□ weken (duur van de behandeling)
- 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.

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

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)  
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)  
1-□□□□□□-□□-□□□□ (RIZIV-nummer)  
□□ / □□ / □□□□ (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)

**BIJLAGE C: Model van het aanvraagformulier tot verlenging**

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit CIMZIA voor reumatoïde artritis (§ 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

**I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):**

.....

**II – 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, die minstens 18 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen van een behandeling met de specialiteit CIMZIA, gedurende minstens 6 maanden, en dat deze behandeling, aangevangen op ..../.../....., doeltreffend is gebleken, gezien een «matige» (een vermindering van de DAS-28 score tussen 0,6 en 1,2) of «goede» (een vermindering van de DAS-28 score > 1,2) respons werd verkregen volgens het EULAR criterium in functie van de huidige DAS-28 score.

Verbetering van DAS28 tov de basale waarde vóór de behandeling	> 1.2	0.6 - 1.2
Huidige Score DAS28		
< 3.2	Goede respons	Matige respons
3.2 – 5.1	Matige respons	Matige respons
> 5.1	Matige respons	Geen Respons

Op basis hiervan bevestig ik dat deze patiënt in aanmerking komt voor een verlenging van terugbetaling gedurende een periode van 12 maanden van de behandeling met de toegediende specialiteit CIMZIA :

- met methotrexate
- of
- zonder methotrexate (wanneer een intolerantie aan methotrexate bij de patient bewezen is)

Ik vraag dus hierbij de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren, rekening houdend met een onderhoudsdosis van 200 mg om de 2 weken, hieronder vermeld wordt :

verpakkingen (maximum 13 verpakkingen)

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind me er tevens toe, wanneer mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, aan het college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 5600000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

**III – Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:**

..... (naam)  
 ..... (voornaam)  
 1-.....-...-.... (RIZIV-nummer)  
 .. / .. / ..... (datum)

(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)