

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX (RIZIV-nummer)

XX / XX / XXXX (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 ENBREL voor reumatoïde artritis (§ 2490000 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.)

XX

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

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

XXXX/XX/XX/XXXX/XXXX

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 reumatoïde artritis, die onvoldoende onder controle is, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld onder punt a) van § 2490000 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 XX/XX/XXXX (datum aanvang)⁽³⁾
- In een dosis van XX mg/week ⁽⁴⁾
- Gedurende XXX 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 :

.....
.....

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

- Sinds XX/XX/XXXX (datum aanvang) ⁽⁹⁾
- In een dosis van XX mg/dag ⁽¹⁰⁾
- Gedurende XXX weken (duur van de behandeling) ⁽¹¹⁾

Ik bevestig dat bij deze patiënt een DAS28 score werd bekomen van : XX (waarde) , gemeten op XX /XX/XXXX (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 XX /XX/XXXX (datum waarop de vragenlijst ingevuld werd) ⁽¹⁴⁾ en dat er een totale score werd bekomen van :
XX op 60 (som van de waarden bekomen voor elke vraag), ⁽¹⁵⁾ die in percentage uitgedrukt, overeenstemt met een HAQ index van:
XX op 100 ⁽¹⁶⁾.

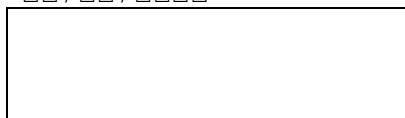
Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose bij deze patiënt overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist :

- ⁽¹⁷⁾ Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden 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 behandeling met ENBREL.

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

_____ (naam)
 _____ (voornaam)
 1-_____ (N° RIZIV)
 ____ / ____ / _____ (Datum)



(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

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)⁽²⁰⁾

..... (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 ENBREL voor reumatoïde artritis (§ 2490000 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 17 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen van een behandeling met de specialiteit ENBREL, 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

OF

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt, die minstens 17 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling met de specialiteit ENBREL, gedurende minstens 6 maanden voor de behandeling van erosieve reumatoïde artritis die onvoldoende onder controle is.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken doordat tegelijkertijd het aantal gewrichten aangetast door een actieve synovitis met minstens 20% verminderd was en de HAQ index (Health Assessment Questionnaire) met minstens 20% verminderd was in vergelijking met de klinische toestand vóór het begin van de behandeling.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit ENBREL gedurende een periode van 12 maanden. Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met :

de posologie die ik nodig acht :

- 25 mg één maal per week SC
- 25 mg twee maal per week SC
- 50 mg één maal per week SC

wat, voor een behandeling van 12 maanden, het totaal aantal nodige verpakkingen brengt op:

verpakkingen van ENBREL 4 x 25 mg (maximum 26 verpakkingen, ongeacht het gewicht van de patiënt)

of

verpakkingen van ENBREL 4 x 50 mg (maximum 13 verpakkingen, ongeacht het gewicht van de patiënt)

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 § 2490000 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)