



**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 een actieve polyarticulaire juveniele chronische artritis (§ 2210000 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.):**

XX

**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 adviserende arts)

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 tussen 4 en 18 jaar oud is, aan een actieve polyarticulaire juveniele chronische artritis lijdt en tegelijk aan alle voorwaarden voldoet gesteld in punt a) van § 2210000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

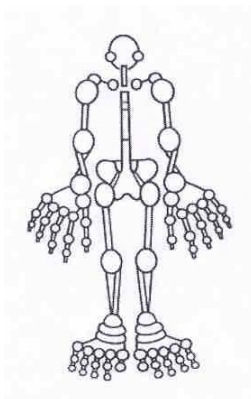
- Voorwaarden met betrekking tot een aangetoonde intolerantie of een onvoldoende respons op een behandeling met methotrexaat gebruikt met een posologie van ten minste 10 mg/m<sup>2</sup>/week gedurende ten minste 3 maanden;
- Voorwaarden met betrekking tot de aanwezigheid van een actieve synovitis ter hoogte van ten minste vijf gewrichten;
- 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 vroegere behandeling met methotrexaat werd ingesteld:

- sinds de XX/XX/XXXX (datum van het begin)<sup>(1)</sup>
- met een dosis van XX mg/m<sup>2</sup> per week<sup>(2)</sup> (ten minste 10 mg/m<sup>2</sup> per week)
- gedurende XXX weken (duur van de behandeling)<sup>(3)</sup> (ten minste 3 maanden)
- Resultaat :
  - aangetoonde intolerantie<sup>(4)</sup>;
  - onwerkzaamheid<sup>(5)</sup>.

Ik bevestig dat ik klinisch een actieve synovitis heb vastgesteld:

- op XX/XX/XXXX (datum van het klinische onderzoek)<sup>(6)</sup>
- ter hoogte van de volgende gewrichten (ten minste vier) (aan te geven op de figuur hiernaast)<sup>(7)</sup> :



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

- <sup>(8)</sup> Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden negatief;
- <sup>(9)</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 V 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 V).

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling noodzakelijk is van een behandeling met de specialiteit ENBREL.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (naam)  
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (voornaam)  
1-UUUUUUU-UU-UUUU (N° RIZIV)  
UU / UU / UUUUU (Datum)

(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE  
GENEESHEER)

**V – (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:

- <sup>(11)</sup> 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)<sup>(17)</sup>  
Sinds UU/UU/UUUUU (datum van aanvang)<sup>(14)</sup>  
Gedurende: UUU weken (duur van de behandeling)<sup>(19)</sup>
- 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 of in de pediatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer) :**

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (naam)  
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (voornaam)  
1-UUUUUUU-UU-UUUU (N° RIZIV)  
UU / UU / UUUUU (Datum)

(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE  
GENEESHEER)

**BIJLAGE C: Model van het formulier van aanvraag tot verlenging:**

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit ENBREL voor een actieve polyarticulaire juveniele chronische artritis (§ 2210000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

.....

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

Ik ondertekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die tussen 4 en 18 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen voor een behandeling met de specialiteit ENBREL gedurende minstens zes maanden voor een actieve polyarticulaire juveniele chronische artritis, die onvoldoende onder controle is.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken door een vermindering met minstens 20% van het aantal gewrichten aangetast door actieve synovitis, in vergelijking met de klinische situatie van de patiënt vóór het begin van de behandeling.

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

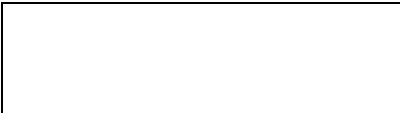
- het gewicht van mijn patiënt:
  - kg (gewicht van de patiënt)
  - op   /  /  (datum waarop de patiënt werd gewogen)
- de posologie die ik nodig acht:
  - 0,   mg per kg (maximum 0,4 mg/kg, maximum 2 maal per week)
- wat, voor een behandeling van 12 maanden, het noodzakelijke aantal verpakkingen brengt op:
  - verpakkingen van 4 x 25 mg.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddel, 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 § 2210000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

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

..... (naam)  
 ..... (voornaam)  
 1-.....-.....-..... (N° RIZIV)  
 .. / .. / ..... (Datum)



(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)