

**ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation**

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REMICADE pour le traitement de la rectocolite hémorragique sévère (§ 3960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

\_\_\_\_\_

**II – Éléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement:**

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne, en gastro-entérologie ou en pédiatrie, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE par au moins 4 perfusions pour le traitement d'une rectocolite hémorragique sévère.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 3 perfusions de traitement d'attaque, par une diminution du score suivant appliqué

- b1) adulte : par rapport à la valeur de départ en semaine 0, d'au moins 3 points du score Mayo (échelle 0-12 points) et par une diminution du sub-score concernant les saignements rectaux d'au moins 1 point (échelle 0-3 points) à moins d'un sub-score de 0 ou 1.  
Valeurs initiales du score Mayo de  et du sub-score rectorragie de  à la semaine 0.  
Valeurs actuelles du score Mayo de  et du sub-score rectorragie de  à la semaine 8.

**ou**

- b2) enfant : par rapport à la valeur de départ en semaine 0, d'au moins 3 points du score Mayo partiel (échelle 0-9 points ; pas d'endoscopie) et par une diminution du sub-score concernant les saignements rectaux d'au moins 1 point (échelle 0-3 points) à moins d'un sub-score de 0 ou 1.  
Valeurs initiales du score Mayo partiel de  et du sub-score rectorragie de  à la semaine 0.  
Valeurs actuelles du score Mayo partiel de  et du sub-score rectorragie de  à la semaine 8.

**ou**

- b3) enfant : par rapport à la valeur de départ en semaine 0, d'au moins 20 points du score de PUCAI (échelle 0-85 points) :  
Valeur initiale du score du PUCAI de  à la semaine 0.  
Valeur actuelle du score du PUCAI de  à la semaine 8.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité REMICADE pour une nouvelle période de 12 mois maximum. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer le traitement pendant 12 mois.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 5 mg/kg par perfusion toutes les 8 semaines pour le traitement d'entretien.

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le :

Le poids de mon patient est :  
- de  kg  
- le  (Date à laquelle le patient a été pesé)

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

**III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, N°INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)