

# REMICADE® Formulaire de première demande

## Identification du bénéficiaire (à remplir ou vignette mutuelle)

### A. PREMIERE DEMANDE DE REMBOURSEMENT : nouveau patient atteint de la maladie de Crohn :

**Forme sévère** qui reste active malgré un traitement optimal, administré pendant une période de minimum 3 mois par :

**corticoïde** .....

Date début traitement : ...../...../.....

Dosage : .....

et/ou

**immunosuppresseur** .....

Date début traitement : ...../...../.....

Dosage : .....

**Forme fistulisée** dont les fistules continuent à drainer malgré un traitement optimal, administré pendant une période de minimum 3 mois par :

**antibiotique** .....

Date début traitement : ...../...../.....

Dosage : .....

et/ou

**immunosuppresseur** .....

Date début traitement : ...../...../.....

Dosage : .....

### Description des symptômes les plus importants

Diarrhée

Maux de ventre

Pertes rectales de sang

Amaigrissement

Fièvre

Autres : .....

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

Radiographie pulmonaire et test de Mantoux négatifs ;

Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active a fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point C du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir point C).

Poids du patient : ..... kg

Posologie : ..... mg/kg

Nombre de conditionnements de 100 mg : .....

### B. DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION DE REMBOURSEMENT N° .....

**Forme sévère** : déjà traitée auparavant par au moins une perfusion pour autant qu'une amélioration clinique de la forme active de la maladie soit apparue dans un délai de 4 semaines après la perfusion précédente

**Forme fistulisée** : déjà traitée auparavant par au moins une série de 3 perfusions sur une période de 6 semaines, pour autant qu'une amélioration clinique de la suppuration fistulaire soit apparue dans un délai de 10 semaines à partir de la première des 3 perfusions de la précédente série

Date de la perfusion précédente : ...../...../.....

Date de la perfusion précédente : ...../...../.....

### DESCRIPTION DE L'EFFICACITÉ :

Rémission complète

Rémission partielle

Poids du patient : ..... kg

Posologie : ..... mg/kg

Nombre de conditionnements de 100 mg : .....

Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, n°INAMI) :

.....(nom)

.....(prénom)

.....(n° INAMI)

.....(date)

CACHET - SIGNATURE DU MEDECIN

**C. ÉLÉMENTS À ATTESTER PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PNEUMOLOGIE (LE CAS ÉCHÉANT)**

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

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné, médecin spécialiste en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif

J'atteste qu'il a reçu dans le passé un traitement adéquat d'une tuberculose active, en l'occurrence :

..... (traitement anti-tuberculeux administré)

• Depuis le ..... / ..... / ..... (date de début)

• Pendant ..... mois (durée du traitement)

Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est actuellement administré depuis au moins 4 semaines.

Identification du médecin spécialiste en pneumologie  
(nom, prénom, adresse, n°INAMI) :

..... (nom)  
..... (prénom)  
..... (n° INAMI)  
..... (date)

CACHET - SIGNATURE DU MEDECIN