



de la date présumée de début du traitement : / /

..... kg: le poids de mon patient:  
le / /  (date à laquelle le patient a été pesé)

la dose maximale de 20 mg d'adalimumab pour un patient à partir de 15 kg et moins de 30 kg, ou de 40 mg d'adalimumab pour un patient de 30 kg ou plus, aux semaines 0 et 1, et ensuite toutes les deux semaines à partir de la semaine 1

qui porte le nombre de conditionnements nécessaires à :

pour un patient de 15 kg et moins de 30 kg

maximum 5 conditionnements autorisés de ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 20 mg inscrite au § 8810000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 )  
de 2 x 20 mg

pour un patient de 30 kg ou plus

maximum 5 conditionnements autorisés de ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 8810000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 )  
de 2 x 40 mg

Du fait que l'autorisation de remboursement expirera au-delà de la semaine 16 si le patient ne présente pas une diminution de son score PASI d'au moins 50% par rapport à sa situation clinique avant l'initiation du traitement, je m'engage à ne pas continuer le traitement remboursé au-delà de la semaine 16 si celui-ci ne s'avère pas efficace.

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.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codes relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 8810000 du chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018).

**III – Identification du médecin spécialiste en dermatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

**IV – (Le cas échéant): Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné se trouve dans la situation suivante:

- Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif.
- J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence:
  - Avec ..... (traitement anti-tuberculeux administré)
  - Depuis le / /  (date de début)
  - Durant ..... semaines (durée du traitement)

Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.  
 Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

**V – Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)