



Ik bevestig dat chronische lumbalgie aanwezig is sedert meer dan 3 maanden, startende voor de leeftijd van 45 jaar bij de rechthebbende.

Ik bevestig de aanwezigheid van een positieve MRI ter hoogte van de sacro-iliacale gewrichten bij deze rechthebbende, overeenkomend met de situatie waarvan de casus hieronder is aangeduid :

Minstens 1 lesie op 2 opeenvolgende coupes.

Of

Minstens 2 lesies op dezelfde coupe.

Ik bevestig dat minstens 1 van de typische karakteristieken van spondylarthropathieën, zoals weergegeven hieronder, aanwezig is (hieronder aanduiden):

Inflammatoire lumbalgie (minstens 4 van de 5 volgende punten zijn aanwezig) :

- Beginleeftijd <40 jaar.
- Insidieus begin.
- Verbetering met oefening.
- Afwezigheid van verbetering met rust.
- Nachtelijke pijnen.

- Artritis.
- Enthesitis.
- Uveitis.
- Dactylitis.
- Psoriasis.
- Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa.
- Aanwezigheid van antigeen HLA-B27.
- Familiale geschiedenis van spondylarthropathieën.
- Een goede initiële respons op NSAIDs.
- Een verhoogde initiële CRP waarde.

Ik bevestig dat de rechthebbende zelf de BASDAI vragenlijst ingevuld heeft, opgenomen onder punt IV van dit formulier :

Op  /  /  (datum waarop de vragenlijst ingevuld werd).

En dat er een score werd bekomen van :

Op 10 (gemiddelde van de waarden, bekomen voor elke vraag afzonderlijk).

Ik bevestig dat er een verhoogde recente bloedwaarde van CRP, daterend van minder dan 3 maanden voor de aanvraag tot vergoeding van deze specialiteit ingeschreven in § 10370400 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018, kon worden vastgesteld t.o.v. de normale waarde :

Op  /  /  (datum van het laboratoriumonderzoek)

Vastgestelde CRP-waarde:  mg/L

Normale CRP-waarde:  mg/L

Ik bevestig dat de twee niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen die voordien toegediend werden aan deze rechthebbende, de volgende zijn :

1: .....

Sinds  /  /  (datum aanvang).

In een dosis van  mg/dag.

Gedurende  weken (duur van de behandeling).

2: .....

Sinds  /  /  (datum aanvang).

In een dosis van  mg/dag.

Gedurende  weken (duur van de behandeling).

In geval van een medische contra-indicatie voor het gebruik van NSAID's, gelieve hierbij de elementen te vermelden die dit aantonen :

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

Ik bevestig dat ten minste één anti-TNF voordien werd toegediend aan de optimale dosis gedurende ten minste 3 maanden aan deze rechthebbende.

Naam specialiteit : .....  
Van uu/uu/uuuuu tot uu/uu/uuuuu (datum van laatste behandeling).

Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen:  
.....  
.....  
.....

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

- Radiografie van de longen en Mantoux-test beiden negatief.
- Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief : een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een arts-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 arts-specialist in de pneumologie (zie V).

Op grond hiervan bevestig ik dat deze rechthebbende nood heeft aan een behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van upadacitinib 15 mg ingeschreven in § 10370400 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018.

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

..... (naam)

..... (voornaam)

1 - ..... - ..... - ..... (RIZIV n°)

... / ... / ..... (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

**IV - Vragenlijst omtrent ziekteactiviteit (BASDAI) in te vullen door de rechthebbende wiens identiteit vermeld staat onder punt I.**

(Gelieve met een kruisje het antwoord aan te duiden dat het best uw capaciteiten van de laatste week omschrijft).

1) HOE BEOORDEELT U DE ERNST VAN UW ALGEMENE VERMOEIDHEID ?

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
AFWEZIG EXTREEM

2) HOE BEOORDEELT U DE ERNST VAN DE PIJN IN DE NEK, RUG EN HEUPEN DIE U ERVAART ALS GEVOLG VAN UW ZIEKTE (AXIALE SPONDYLARTRITIS ZONDER RÖNTGENOLOGISCH BEWIJS VAN SPONDYLITIS ANKYLOSANS) ?

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
AFWEZIG EXTREEM

3) HOE BEOORDEELT U DE ERNST VAN DE PIJN/ZWELLING OP ANDERE PLAATSEN DAN DE NEK, RUG EN HEUPEN ?

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
AFWEZIG EXTREEM

4) HOE BEOORDEELT U DE ERNST VAN DE LAST DIE U HEEFT OP PLAATSEN DIE GEVOELIG ZIJN BIJ AANRAKEN OF DRUK ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AFWEZIG										EXTREEM

5) HOE BEOORDEELT U DE ERNST VAN DE OCHTENDSTIJFHEID VANAF HET MOMENT DAT U OPSTAAT ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AFWEZIG										EXTREEM

6) HOE LANG DUURT DE OCHTENDSTIJFHEID VANAF HET MOMENT DAT U OPSTAAT ?

Aantal uren	0	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$	1	$1 \frac{1}{4}$	$1 \frac{1}{2}$	$1 \frac{3}{4}$	$\geq 2$
Score	0	1,25	2,5	3,75	5	6,25	7,5	8,75	10

Totaal score van vragen 1 tot 4: ...../ 40  
 Gemiddelde van de score van vragen 5 en 6 : ...../ 10  
 Totaal (a+b) : ...../ 50  
 Finaal totaal : ...../10

uu / uu / uuuuu (Datum).

..... (Handtekening van de rechthebbende).

**V - (Indien van toepassing) Gegevens te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie :**

Ik, ondergetekende, arts-specialist erkend in de pneumologie, verklaart dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt :

- Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief.
- Ik bevestig hierbij dat hij/zij een adequate tuberculostatica behandeling kreeg :

Met ..... (toegediende anti-tuberculose behandeling).

Sinds uu / uu / uuuuu (datum van aanvang).

Gedurende: uuuuweken (duur van de behandeling).

- Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende
- Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente TBC de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose gevolgd worden.

**VI - Identificatie van de arts -specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :**

..... (naam)

..... (voornaam)

1 - ..... - ..... - ..... (RIZIV n°)

... / ... / ..... (datum)

..... (stempel)

..... (handtekening van de arts)