

ANNEXE B : description clinique avant l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de benralizumab pour asthme sévère à éosinophiles (§9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

A conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II- Eléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'asthme sévère à éosinophiles, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 9410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

☐ Il s'agit d'un bénéficiaire n'ayant jamais reçu de traitement par cette spécialité :

| | |
|--|---------|
| Entretien de bon usage du médicament réalisé par un pharmacien ou une infirmière ou un kinésithérapeute | |
| Date 1 ^{ère} entretien | |
| Date 2 ^{ième} entretien | |
| Obstruction bronchique confirmée par spirométrie | |
| Date | |
| VEMS (%) | |
| Taux sanguin d'éosinophiles dans les 12 mois précédent l'instauration de cette spécialité | |
| Date test | |
| Taux , par µl (doit être > 300) | |
| Taux sanguin d'éosinophiles au moment de l'instauration de cette spécialité | |
| Date test | |
| Taux , par µl (doit être > 300) | |
| Traitement quotidien | |
| Corticoïde inhalé à haute doses : nom | |
| Dose (µg/jour) | |
| Bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action : nom | |
| Dose (µg/jour) | |
| Si combinaison fixe, indiquer le nom du médicament | |
| Le bénéficiaire est insuffisamment contrôlé malgré les médicaments mentionnés ci-dessus | |
| Au moins 2 hospitalisations ou 2 traitements au service des urgences pour asthme sévère dans les 12 mois précédents | OUI/NON |
| Bénéficiaire cortico-dépendant : traité avec des corticoïdes oraux à la dose quotidienne de 4 mg méthylprednisolone ou plus, ou 5 mg de prednisolone ou plus depuis au moins 6 mois pour des adultes | OUI/NON |
| AU moins 2 exacerbations sévères documentées dans les 12 mois précédents . (Aggravation de l'asthme nécessitant une corticothérapie systémique d'au moins 3 jours ET/OU hospitalisation ET/OU visite aux urgences) | OUI/NON |
| Nombre d'exacerbations sévères (12 derniers mois) : | |
| Dates des dernières exacerbations sévères / hospitalisations dans les 12 mois précédents: | |
| (1) | |
| (2) | |

☐ Il s'agit d'un bénéficiaire ayant déjà été traité par cette spécialité dans le cadre des études cliniques ou un bénéficiaire qui a déjà été traité par un anticorps monoclonal pour l'asthme.

III - Identification du médecin-spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)