

00 2) Le bénéficiaire passe d'un traitement remboursé par tocilizumab 20mg/mL en perfusion intraveineuse (§ 6150000) vers un traitement avec tocilizumab 162mg en seringues pré-remplies. Je tiens compte avec :

- La date de début du traitement intraveineux par tocilizumab 20mg/mL (§ 6150000): 00/00 /0000
- La date présumée de début du traitement par tocilizumab 162mg sous-cutané: 00/00 /0000
- Le poids de ce bénéficiaire est :
De 000 kg (poids du bénéficiaire)
Le 00/00/0000 (date à laquelle le bénéficiaire a été pesé)
- D'une dose de 162 mg sous-cutanée une fois toutes les semaines chez les bénéficiaires dont le poids est supérieur ou égal à 30 kg ou une dose de 162 mg sous-cutanée une fois toutes les deux semaines chez les bénéficiaires pesant moins de 30 kg (les bénéficiaires doivent avoir un poids minimum de 10kg afin de recevoir cette spécialité par voie sous-cutanée).
- Le nombre de conditionnements de 162 mg de tocilizumab 4 seringues pour en total 3 mois de traitement avec tocilizumab, s'élève à :
0000 conditionnements de 162mg de tocilizumab 4 seringues.

(le nombre de conditionnements nécessaires pour assurer le traitement, à la dose maximale de 162mg sous-cutanée une fois toutes les semaines chez les bénéficiaires dont le poids est supérieur ou égal à 30kg ou d'une dose maximale de 162mg sous-cutanée toutes les deux semaines chez les bénéficiaires pesant moins de 30kg (les bénéficiaires doivent avoir un poids minimum de 10kg afin de recevoir cette spécialité par voie sous-cutanée), depuis la date de début de l'administration sous-cutanée jusqu'à 3 mois après la date de début du traitement intraveineux par tocilizumab 20mg/mL (§ 6150000)
(maximum 4 conditionnements de 162 mg de tocilizumab x 4 seringues préremplies pour les bénéficiaires dont le poids est supérieur ou égal à 30 kg, et maximum 2 conditionnements de 162 mg de tocilizumab x 4 seringues préremplies pour les bénéficiaires pesant moins de 30 kg))

Je m'engage à réévaluer le nombre de conditionnements en cas de variation significative du poids du bénéficiaire au cours du temps et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de tocilizumab avec des spécialités à base d' anakinra et de canakinumab n'est jamais autorisé.

Dans le cas où il s'agit d'un médecin spécialiste en pédiatrie expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique :

J'estime être expérimenté dans la prise en charge (diagnostic et traitement) de patients pédiatriques atteints de l'arthrite juvénile idiopathique systémique sur base des éléments suivants :

1. Je suis attaché depuis 000 mois (depuis le 00 / 00 / 0000)
au centre mentionné ci-après, spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de la rhumatologie pédiatrique :
Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :
.....
.....
.....

2. Autres éléments que j'estime pertinents :
.....
.....
..... (Références complémentaires éventuelles en annexe: 0).

IV – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

..... (nom)

..... (prénom)

1 - - - (n° INAMI)

..... / / (date)

..... (cachet)

..... (signature du médecin)