ANNEXE B : Description clinique avant l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 200mg pour asthme sévère cortico-indépendant associé à une inflammation de type 2 (§12140000 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 pour les bénéficiaires âgés de 12 ans ou plus ou le pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans:

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est atteint d'asthme sévère cortico-indépendant associé à une inflammation de type 2, qui est insuffisamment contrôlé malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose associés à un ou plusieurs autre(s) traitement(s) de fond de l'asthme, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) ou a') du §121400000 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 une spécialité à base de dupilumab 200mg :

Entretien de bon usage du médicament réalisé par un pharmacien ou un(e) infirmièr(e) ou un(e) kinésithérapeute spécialisé(e)	
Date 1er entretien	
Date 2ième entretien	
Obstruction bronchique confirmée par spirométrie (bénéficiaires >= 18 ans)	
Date	
VEMS (%)	
Taux sanguin d'éosinophiles dans les 12 mois précédent l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg	
Date test	
Taux , par µl (doit être ≥150)	
Taux sanguin d'éosinophiles au moment de l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 200mg	
Date test	
Taux , par µl (doit être ≥150)	
Taux de FeNO au moment de l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 200mg	
Date test	
Taux , ppb (doit être ≥25)	
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 Date : Date :	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) Date : Date :	OUI/NON -----/-------/------ -----/-------/------

Nombre d'exacerbations sévères (12 derniers mois) :	
Dates des dernières exacerbations sévères / hospitalisations dans les 12 mois précédents: (1)	-----/-------/------
(2)	-----/-------/------
EOS≥150/µl	OUI/NON
FeNO≥25 ppb	OUI/NON

⊔ Il s'agit d'un bénéficiaire ayant déjà été traité par une spécialité non-remboursable à base de dupilumab 200mg dans le cadre d'études cliniques ou d'un bénéficiaire traité par un traitement monoclonal pour l'asthme, et qui correspondait aux conditions figurant au point a) du présent paragraphe avant le début du traitement.

III - Identification du médecin spécialiste en pneumologie pour les bénéficiaires âgés de 12 ans ou plus ou du pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)