

J'atteste que le bénéficiaire a rempli lui-même l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point IV du présent formulaire :

Le / /  (Date à laquelle le bénéficiaire a rempli son évaluation)

Il a obtenu un score de:

J'atteste que j'ai moi-même rempli l'évaluation NRS (Numerical Rating Scale) pour l'articulation majeure la plus atteinte figurant au point IV du présent formulaire :

Le / /  (Date à laquelle le médecin a rempli son évaluation)

J'ai obtenu un score de:

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce bénéficiaire à la situation dont la case est cochée ci-dessous:

- Radiographie pulmonaire et Test de Mantoux simultanément négatifs;
- Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point V du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir V).

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un traitement avec une spécialité pharmaceutique à base de bimekizumab 160 mg.

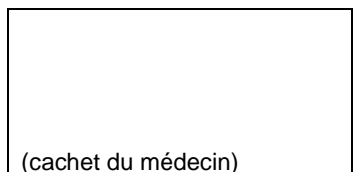
**III - Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)

**IV - Echelle d'évaluation NRS de l'articulation majeure la plus atteinte, à remplir par**

le bénéficiaire dont l'identité est mentionnée au point I;

le médecin dont l'identité est mentionnée au point III:

**Bénéficiaire** Veuillez indiquer comment vous appréciez l'activité de votre maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte durant les derniers jours, c'est-à-dire dans quelle mesure cette articulation est-elle douloureuse, gonflée, raide, restrictive dans vos mouvements?

Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité
activité de la	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	maximale de
maladie												la maladie

▀▀/▀▀/▀▀▀▀ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

..... (signature du bénéficiaire )

**Médecin:** Comment évaluez-vous aujourd'hui l'activité de la maladie au niveau de l'articulation majeure la plus atteinte du bénéficiaire ?

Aucune	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦	Activité
activité de la	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	maximale de la
maladie												maladie

▀▀/▀▀/▀▀▀▀ (Date à laquelle l'évaluation a été remplie)

..... (Signature du médecin)

**V - Le cas échéant :**

**Éléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivant :

- Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif
- J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence .....

..... (traitement anti-tuberculeux administré)

Depuis le ▀▀ / ▀▀ / ▀▀▀▀ (date de début)

pendant: ▀▀▀ semaines (durée du traitement)

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

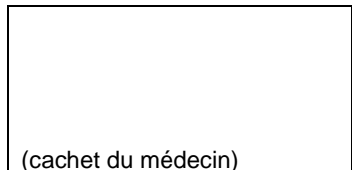
**VI - Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :**

▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | (nom)

▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | (prénom)

▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | (n° INAMI)

▀ | ▀ | ▀ | / ▀ | ▀ | ▀ | / ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | ▀ | (date)



(cachet du médecin) .....

(signature du médecin)