

ANNEXE B: Description clinique avant l'initiation du traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 300mg pour la polyposse naso-sinusienne associée à une inflammation de type 2 (§ 12680000 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 un médecin ORL ou un médecin spécialiste en pneumologie :

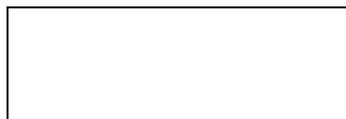
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, est atteint de CRSwNP sévère pour laquelle le traitement par corticostéroïdes par voie nasale ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) ou a') du § 12680000 du chapitre IV de la list jointre de l'A.R. du 1 février 2018.

Il s'agit d'un bénéficiaire n'ayant jamais reçu de traitement par la spécialité à base de dupilumab 300mg :

Le bénéficiaire répond aux critères suivants de NPS	
- Présence de polypes bilatéraux multiples au niveau du cornet moyen, démontrée par un examen endoscopique, documentée de manière photographique, schématique ou descriptive.	OUI/NON
Présence pendant au moins 12 semaines de : <ul style="list-style-type: none"> • Obstruction nasale ou rhinorrhée (antérieure ou postérieure) • Réduction ou perte sévère de l'odorat (hyposmie sévère ou anosmie) • Douleur ou pression faciale 	OUI/NON OUI/NON OUI/NON
Taux sanguin d'éosinophiles dans les 12 mois précédant l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg	
Date test	
Taux, par µL (doit être ≥150 et ≤300)	
ET/OU Taux sanguin d'éosinophiles au moment de l'instauration de la spécialité à base de dupilumab 300mg	
Date test	
Taux, par µL (doit être ≥150 et ≤300)	
Traitement quotidien	
Corticostéroïdes par voie nasale : nom	
Dose (µg/jour)	
Le bénéficiaire est insuffisamment contrôlé malgré les médicaments mentionnés ci-dessus	
Antécédent de chirurgie naso-sinusienne (ou contre-indication médicale)	OUI/NON
Perte significative de l'odorat (hyposmie sévère ou anosmie)	OUI/NON
Présence de : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'asthme comorbide • Antécédent de traitement par corticostéroïdes systémiques au cours des deux dernières années (ou contre-indication médicale/intolérance) Date :	OUI/NON OUI/NON _/_/_

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

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 [1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)
 ____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)