ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation

(cachet)

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dupilumab 300mg inscrite au §13010000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'O.A.):	
(nom)	
(prénom)	
(numéro d'affiliation)	
II- Elements à attester par un médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie :	
Je, soussigné, médecin spécialiste en dermatologie, expérimenté dans le traitement du prurigo nodulaire (PN) sévère, certif que le bénéficiaire mentionné ci-dessus répond à toutes les conditions suivantes :	fie
 □ Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans. □ Le bénéficiaire est atteint d'un prurit chronique du type nodulair (PN) avec : 	
 Présence de prurit chronique, depuis plus de 6 semaines. Antécédents et/ou signes de grattage prolongé. Présence localisée ou généralisée de multiples lésions nodulaires prurigineuses. 	
Le traitement antérieur par dupilumab 300mg s'est avéré efficace avec une diminution du score WI-NRS d'au moins 4 po après les 24 premières semaines par rapport à la valeur initiale, ainsi qu'après chaque nouvelle période de 48 semaines ET score IGA CNPG de stade 2 au maximum.	
J'atteste aussi que :	
 Je sais que le remboursement ne peut être accordé que si le conditionnement concerné a été prescrit par médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie. 	un
Je sais que le nombre de conditionnements remboursables prend en compte une dose de 600mg administre au jour 1 (en 2 injections de 300mg), suivie d'une dose de 300mg administrée toutes les 2 semaines ; et je sainsi qu'une prolongation de l'autorisation de remboursement est accordée pour une période de 48 semain maximum, avec un maximum de 4 conditionnements de 6 seringues préremplies ou de 6 stylos préremplis 300mg.	sais nes
Je m'engage à documenter de façon photographique les aspects cliniques qui ont menés à une diminution du score WI-NR d'au moins 4 points ET un score IGA CNPG de stade 2 au maximum et de les conserver dans le dossier du bénéficiaire.	S
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve attestant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.	
Je m'engage à considérer de diminuer et d'arrêter le traitement par dupilumab, si cela est cliniquement possible, chez les bénéficiaires qui sont en rémission clinique et à continuer à suivre ces bénéficiaires pour assurer un diagnostic rapide des signes de rechute.	
Sur base de ces éléments, je confirme que la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique concernée e nécessaire pour ce bénéficiaire pendant une période de 48 semaines maximum.	st
III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :	
(nom)	
(prénom)	
1 - - (n° INAMI)	
/(date)	

(signature du médecin)