

AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN DIOVANE® in post myocardinfarct

Patiënt

Naam:

Voornaam:

V. I. nr:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om de vergoeding van de specialiteit **DIOVANE®** te verkrijgen in **post myocardinfarct**:

- Het gaat om een eerste periode van machtiging (max. 12 maanden);
- Het gaat om een periode van verlenging van de machtiging (max. 60 maanden).

POST MYOCARDINFARCT

DIOVANE® wordt terugbetaald als het wordt toegediend als tweedelijnsbehandeling van rechthebbenden met klinische of radiologische tekens van hartfalen en/of een verstoorde systolische functie van het linkerventrikel (linkerventrikel ejectiefraction kleiner of gelijk aan 40%) na een recent myocardinfarct (minder dan 10 dagen). Bovendien, moeten deze rechthebbenden een intolerantie aan ACE-inhibitoren tonen, vastgesteld op basis van het optreden van een gedocumenteerde episode van angioneurotisch oedeem of op basis van het optreden van een niet productieve hardnekkige hoest welke verdwijnt bij het stoppen van de behandeling.

De machtiging van de adviserend geneesheer is afhankelijk van de ontvangst van een verslag van het technisch onderzoek waarin een LVEF kleiner of gelijk aan 40% wordt aangetoond, waarbij een medisch rapport opgesteld door een geneesheer specialist in cardiologie wordt bijgevoegd, welke aantoont dat de patiënt zich in de hierboven bedoelde situatie bevindt, en welke de anamnese van het geval beschrijft, met alle noodzakelijke toelichtingen inzake de vorige behandelingen, met de verduidelijking van de specialiteiten of de gebruikte actieve bestanddelen, alsook de mogelijke vastgestelde nevenwerkingen.

Identificatie van de behandelende geneesheer

Naam:

Voornaam:

RIZIV nr:

Datum:

Handtekening:

stempel

DIO-01-05/09-5528