



Osteoporose bij postmenopauzale VROUW

Naam van de patiënte:

Adres:

Naam van de verzekerde:

Naam ziekenfonds:

Inschrijvingsnummer:

— bij voorkeur kleefbriefje aanbrengen —

Nieuwe patiënte

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de toestemming tot terugbetaling aan voor Aclasta® 5 mg voor een periode van één jaar (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde gemenopauzeerde patiënte met **osteoporose**, die voldoet aan ten minste één van de volgende drie voorwaarden:
- OFWEL** een antecedent van een *wervelfractuur* vertoont, gedefinieerd door een reductie van ten minste 25%, en ten minste 4mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterraand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek;
 - OFWEL** een antecedent van een *heupfractuur*;
 - OFWEL** een *T-score* heeft, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

Ik voeg het verslag van de radiografie of van de radiologische absorptiometrie toe.

Overschakeling naar Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag een wijziging aan van de terugbetaling van de huidige behandeling naar de terugbetaling van Aclasta® 5 mg voor een periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde patiënte met osteoporose.
- (Huidige behandeling en/of attestnr:))

Verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg aan voor een nieuwe periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar). De patiënte kwam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Aclasta® 5 mg IV.
- (Attestnr. indien beschikbaar:))

Commentaar:

Met collegiale groeten,

Datum:

Handtekening:

Stempel van de behandelende arts



Osteoporose bij MAN

Naam van de patiënt:

Adres:

Naam van de verzekerde:

Naam ziekenfonds:

Inschrijvingsnummer:

— bij voorkeur kleeftbriefje aanbrengen —

Nieuwe patiënt

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de toestemming tot terugbetaling aan voor Aclasta® 5 mg voor een periode van één jaar (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde patiënt met **osteoporose**, die
- een antecedent van een *heupfractuur* vertoont
OFWEL
- twee van de drie volgende *risicofactoren* heeft:
 - OFWEL** een antecedent van een *wervelfractuur*, gedefinieerd door een vermindering van minstens 25%, en minstens 4mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek;
 - OFWEL** een *T-score*, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie;
 - OFWEL** een *T-score*, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < -1 ter hoogte van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

Ik voeg het verslag van de radiografie of van de radiologische absorptiometrie toe.

Overschakeling naar Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag een wijziging aan van de terugbetaling van de huidige behandeling naar de terugbetaling van Aclasta® 5 mg voor een periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar) voor de bovenvermelde patiënt met osteoporose.
(Huidige behandeling en/of attestnr:

Verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag de verlenging van de terugbetaling van Aclasta® 5 mg aan voor een nieuwe periode van 12 maanden (maximum 1 verpakking per jaar). De patiënt bekam eerder reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Aclasta® 5 mg IV.
(Attestnr. indien beschikbaar:

Commentaar:

Met collegiale groeten,

Datum:

Handtekening:

Stempel van de behandelende arts

Specifieke technische verpleegkundige zorgen

Naam van de patiënte:

Adres:
.....

Naam van de verzekerde:

Naam ziekenfonds:

Inschrijvingsnummer:

— bij voorkeur kleeftbriefje aanbrengen —

Ik ondergetekende, schrijf, voor bovenvermelde patiënt, het aanbrengen van en het toezicht op een intraveneuse infusie voor, evenals de toediening van een geneesmiddel via intraveneuse weg.

- Datum van de prestatie:/...../.....
- Van volgende specialiteit:
Aclasta® 5 mg oplossing voor infusie
- Frequentie: **éénmaal per jaar**
- Duur van de infusie: **minimum 15 minuten**
- Infusiesnelheid: **133 druppels/minuut** of 33 druppels/15 seconden aan een constante snelheid

Commentaar:
.....
.....
.....

Met collegiale groeten,

Datum:

Handtekening:
.....

Stempel van de behandelende arts