

**Bijlage A : Formulier voor een eerste aanvraag :**

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit ENBREL bij matige tot ernstige plaque psoriasis bij de volwassene (§ 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam inschrijvingsnummer bij de V.I.)**

.....

**II - Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in dermatologie**

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend specialist in dermatologie, met ervaring op het gebied van de systemische behandelingen van psoriasis, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt minstens 17 jaar oud is, aan matige tot ernstige plaque psoriasis lijdt, en tegelijk aan alle voorwaarden voldoet gesteld in punt a) van § 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- Voorwaarden betreffende een lichaamsoppervlak gedefinieerd door een BSA > 10% of een PASI > 10, ondanks een eerdere adequate behandeling die, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie ervoor, alle volgende systemische behandelingen omvatte:

1. Adequate PUVA-therapie:  
van ..../..../..... tot ..../..../..... (datums van laatste behandeling),
2. Methotrexaat in een minimale dosis van 15 mg/week gedurende minstens 3 maanden  
van ..../..../..... tot ..../..../..... (datums van laatste behandeling),
3. Ciclosporine in een minimale dosis van 2,5 mg/kg gedurende minstens 2 maanden  
van ..../..../..... tot ..../..../..... (datums van laatste behandeling).

- Ik bevestig dat de ernst van de plaque psoriasis waaraan de patiënt lijdt aan de volgende criteria voldoet:

BSA = .... % en/of PASI ≥ 10

De vereiste score(s) werd(en) vastgesteld op ..../..../..... (datum van het onderzoek)

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling noodzakelijk is van een behandeling met de specialiteit ENBREL gedurende een beginperiode van 24 weken. Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende de eerste 24 weken te verzekeren hieronder vermeld wordt, rekening houdend met de aanbevolen dosis van 25 mg tweemaal per week, met maximum 12 gemachtigde verpakkingen Enbrel 25 mg.

Aangezien de machtiging tot terugbetaling verstrijkt na de 24ste week van de behandeling indien de patiënt geen vermindering van zijn PASI-score met minstens 50% vertoont vergeleken met de klinische toestand vóór de instelling van de behandeling, verbind ik mij ertoe de behandeling niet na de 24ste week voort te zetten indien ze niet doeltreffend blijkt.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind mij er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit verkregen zal hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens betreffende de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

**III - Identificatie van de geneesheer-specialist in dermatologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)**

..... (naam)

..... (voornaam)

1-..... (N° RIZIV)

..../..../..... (Datum)



(STEMPEL)

.....

(HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)

**Bijlage B: Formulier van aanvraag tot verlenging:**

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit ENBREL voor de behandeling van plaque psoriasis bij de volwassene (§ 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)**

XX

**II - Gegevens te bevestigen door een geneesheer-specialist in dermatologie**

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend specialist in dermatologie, met ervaring op het gebied van de systemische behandelingen van psoriasis, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt, die minstens 17 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen voor een behandeling met de specialiteit ENBREL, gedurende minstens 24 weken voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken door een vermindering van de PASI-score met minstens 50% 24 weken na de instelling van deze behandeling.

Ik bevestig dat de behandeling met ENBREL vervolgens werd stopgezet en dat de patiënt zich momenteel in een recidieffase bevindt, vastgesteld op basis van een verlies met de helft van de verbetering van zijn PASI-score tussen het begin van de behandeling en de 24ste week.

Op basis hiervan heeft deze patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit ENBREL gedurende een nieuwe periode van 24 weken. Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 24 weken te verzekeren overeenstemt met 12 verpakkingen Enbrel 25 mg.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind mij er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit verkregen zal hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

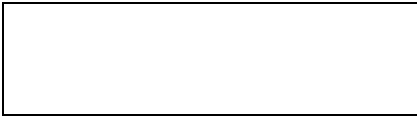
**III - Identificatie van de geneesheer-specialist in dermatologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX (N° RIZIV)

XX / XX / XXXX (Datum)



(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER)