

de transfusienood bij mijn patiënt actueel eenheden concentraat rode bloedcellen per maand bedraagt

(en)

de cumulatieve waarde van de ijzerstapeling te wijten aan polytransfusies in het verleden, bij mijn patiënt gram ijzer bedraagt

ik beschik over alle bewijselementen van de diagnose en de opvolging van de patiënt en ik verbind mij ertoe om alle bewijselementen die de geattesteerde gegevens bevestigen ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

de vergoedbare behandeling met EXJADE die ik voorzie, zal gegeven worden met een posologieschema van minimum 20 mg/kg/dag en maximum 30 mg/kg/dag, ik verbind mij er bijgevolg toe, de behandeling met EXJADE te stoppen in geval van niet vergoedbare posologieën.

IV – Periode van toediening van EXJADE bij de polygetransfuseerde patiënt die ijzerstapeling vertoont (vul de passende vakjes in) :

Ik verklaar dat mijn patiënt niet behandeld werd met EXJADE; ik vraag de terugbetaling voor een eerste periode van 6 maanden; ik weet dat een voorwaarde voor terugbetaling van deze specialiteit, het uitvoeren van nier- en levertesten inhoudt, in verband met de veiligheid gedurende de 6 maanden behandeling, evenals een controle van de ferritinemie op het einde van de periode van 6 maanden.

(of)

(overgangsmaatregel enkel geldig 6 maanden na het inwerking treden van deze reglementering)

Ik verklaar dat mijn patiënt voorafgaandelijk, gedurende minstens 6 maanden, behandeld werd door toediening van niet vergoedbaar EXJADE en de datum waarop de niet vergoedbare behandeling startte was / / (datum); ik vraag de terugbetaling voor een periode van 6 maanden om de behandeling met EXJADE te kunnen verder zetten gezien de patiënt er baat bij vertoont op klinisch vlak; ik verklaar dat de behandeling met EXJADE geleid heeft tot een stabilisatie of een verbetering van de ferritinemie gedurende de laatste 6 maanden van behandeling:

/ / (datum) ferritinemie : ng/L 6 maanden geleden

/ / (datum) ferritinemie : ng/L recentelijk

ik weet dat een voorwaarde voor terugbetaling van deze specialiteit, minimaal éénmaal het uitvoeren van nier- en levertesten inhoudt, in verband met de veiligheid gedurende de nieuwe periode van 6 maanden behandeling, evenals een controle van de ferritinemie op het einde van de periode van 6 maanden.

(of)

Ik verklaar dat mijn patiënt reeds de terugbetaling voor EXJADE bekomen heeft gedurende (aantal) periodes van 6 maanden en ik vraag de terugbetaling voor een nieuwe periode van 6 maanden om de behandeling met EXJADE te kunnen verder zetten gezien de patiënt er baat bij vertoont op klinisch vlak; ik verklaar dat de behandeling met EXJADE geleid heeft tot een stabilisatie of een verbetering van de ferritinemie gedurende de laatste 6 maanden van behandeling; ik verklaar dat de behandeling met EXJADE geleid heeft tot een stabilisatie of een daling van de ferritinemie gedurende de laatste 6 maanden van behandeling:

/ / (datum) ferritinemie : ng/L 6 maanden geleden

/ / (datum) ferritinemie : ng/L recentelijk

ik weet dat een voorwaarde voor terugbetaling van deze specialiteit, het minimaal éénmaal uitvoeren van nier- en levertesten inhoudt, evenals een controle van de ferritinemie op het einde van de periode van 6 maanden.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt, de terugbetaling van de specialiteit EXJADE voor de behandeling die momenteel lopende is, nodig heeft, met een posologieschema van mg/dag (de minimaal toegelaten posologie is 20 mg/kg/dag, de maximaal toegelaten posologie is 30 mg/kg/dag).

V - Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

(naam)

(voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)