

AANVRAAG VOOR TERUGBETALING VAN FOSAMAX® 10 mg

(natriumalendronaat, MSD)

Ter attentie van de adviserende geneesheer

Verzekeringsinstelling :
Nr.:
Naam en voornaam van de patiënte :
Adres:
.....
Naam van de gerechtigde:

Of kleeftstrookje van de mutualiteiten

Nieuwe patiënte :

Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, bevestig dat deze vrouw **glucocorticoïden-geïnduceerde osteoporose** heeft :

- Ze wordt langdurig (**meer dan 3 maanden**) behandeld met een orale dagelijkse dosis van minstens **7,5 mg prednison of equivalent**, toegediend in het kader van een wetenschappelijk erkende indicatie :

Stofnaam :
Dagelijkse dosis :
Begindatum behandeling :
Wetenschappelijk erkende indicatie:

- Bovendien voldoet deze patiënte aan **1 van de volgende voorwaarden** :

Ze bevindt zich in de menopauze zonder hormonale substitutie.

OF

Ze vertoont een T-Score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie, van **<-1,5** 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 (DEXA).

Het protocol is toegevoegd.

Op grond van die elementen, verzoek ik aan de adviserende geneesheer de terugbetaling van FOSAMAX 10 mg voor 12 maanden toe te kennen.

Verlenging van FOSAMAX :

De patiënte bekam reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met FOSAMAX 10 mg (attest nr :) voor de behandeling van glucocorticoïdengeïnduceerde osteoporose. Ze wordt nog steeds behandeld met een orale dagelijkse dosis van minstens 7,5 mg prednison of equivalent ;

Het verderzetten van de behandeling met FOSAMAX 10 mg voor 12 maanden blijkt gerechtvaardigd.

Behandelende arts

Stempel

Met collegiale groeten,

Datum : / /

Handtekening :

Innamemodaliteiten



- **1 x per dag**



- **30 min. voor inname van eerste maaltijd, drank of andere geneesmiddelen**



- **Met een groot glas water**



- **Gedurende 30 min. na inname niet gaan liggen**