BIJLAGE A: Aanvraagformulier voor LYRICA

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

☐ **II - Aanvraag tot proefbehandeling :**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische neuropathische pijn en voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 3580000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Minstens 18 jaar oud ;
- Een voorafgaande analgetische behandeling met amitriptyline van minstens 1 maand is onvoldoende doeltreffend gebleken of werd niet verdragen of was medisch gecontra-indiceerd;
- De chronische neuropathische pijn is verbonden aan:
  - ☐ Diabetes
  - ☐ Post-herpes zoster
  - ☐ Kanker
  - ☐ Een voorafgaand CVA/TIA
  - ☐ Multiple sclerose
  - ☐ Een dwarslesie van het ruggenmerg/ myelopathie
  - ☐ Een spooklidmaat
  - ☐ Een voorafgaand traumatisch of chirurgisch letsel
  - ☐ Een HIV infectie
  - ☐ Een medicamenteuze neuropathie
  - ☐ Een postradiatie neuropathie

Ik verklaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van maximaal 3 x 28 dagen met verpakkingen van 56 capsules (maximaal 3).

Ik verklaar kennis te hebben dat de aanbevolen dagdosis 150 tot 600 mg in 2 of 3 toedieningen is.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

☐ **III – Aanvraag tot verlenging van de terugbetaling**

III 1. Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische neuropathische pijn en voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 3580000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

De chronische neuropathische pijn is verbonden aan:

- ☐ Diabetes
- ☐ Post-herpes zoster
- ☐ Kanker
- ☐ Een voorafgaand CVA/TIA
- ☐ Multiple sclerose
- ☐ Een dwarslesie van het ruggenmerg/myelopathie
- ☐ Een spooklidmaat
- ☐ Een voorafgaand traumatisch of chirurgisch letsel
- ☐ Een HIV infectie
- ☐ Een medicamenteuze neuropathie
- ☐ Een postradiatie neuropathie

Ik verklaar hierbij dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van maximaal 12 maanden met verpakkingen van 200 capsules.

III 2. Nieuwe patiënten

☐ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar dat de voorafgaande behandeling met LYRICA gedurende een periode van minimum 6 weken doeltreffend was (daling van tenminste 2 punten op een VAS van 0 tot 10) en goed verdragen werd en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van 12 maanden.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

III 3. Hernieuwing van een verlenging

☐ Ik, ondergetekende, behandelende arts van de patiënt, verklaar dat de voorafgaande behandeling met LYRICA gedurende een periode van minimum 12 maanden doeltreffend was en goed verdragen werd en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een nieuwe periode van 12 maanden.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

III 4. Patiënten die reeds chronisch worden behandeld met LYRICA (deze modaliteit is slechts geldig tot 31.01.2010)

☐ Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar dat deze patiënt reeds behandeld werd met bestaande niet terugbetaalde LYRICA verpakkingen voor een van de indicaties vermeld onder punt 1) en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van 12 maanden.

Ik voeg een omstandig verslag toe dat aantoont dat de patiënt aan bovenvermelde voorwaarden voldoet en dat de behandeling met LYRICA doeltreffend is.

IV - Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

| | (stempel) (handtekening van de geneesheer)