BIJLAGE A: model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker:
Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit NEXAVAR (§ 4120000 van hoofdstuk IV van het Koninklijk Besluit van 21 december 2001).

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling) :

II - Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de medische oncologie of urologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist

☐ in de medische oncologie

(of)

☐ in de urologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie,

verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) en punt b) van § 4120000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van NEXAVAR bij deze patiënt allen voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder :

III - Toestand van de patiënt die de toediening van NEXAVAR momenteel nodig maakt (vul de passende vakjes in)

Ik verklaar dat het om een patiënt gaat die lijdt aan een gevorderd niercarcinoom (stadium IV) en dat:

☐ de patiënt al eerder werd behandeld met interferon-alfa of interleukine-2 en een gedocumenteerde progressie vertoont;

(of)

☐ de patiënt werd ongeschikt bevonden voor therapie met interferon-alfa of interleukine-2.

Ik beschik in mijn dossier over het rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC), daterend van ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (datum) bij de welke de behandeling met NEXAVAR beslist werd.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhangt van het uitvoeren, om de 12 behandelingsweken of vroeger indien de klinische situatie dit vereist van een klinische evaluatie met onder andere een medische beeldvorming door middel van een CT-scan of een MRI.

☐ ik verklaar dat het om een eerste periode van 16 weken behandeling gaat die op ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ gestart werd met een klinische evaluatie met een CT-scan of een MRI die dus een eerste keer op ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ werd/zal worden uitgevoerd.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 16 weken 4 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

☐ ik verklaar dat deze patiënt al één periode van 16 weken behandeling heeft gekregen en dat de vorige klinische evaluatie, met name met een CT-scan of een MRI, die op ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ werd uitgevoerd, aantoont dat de behandeling dient verder gezet te worden gezien de patiënt er een klinisch voordeel mee ervaart. Aangezien de behandeling verder gezet wordt, is de volgende klinische evaluatie voorzien ten laatste op ☐☐/☐☐/☐☐☐☐.

Daarenboven, verbind ik mij ertoe om de behandeling met NEXAVAR te stoppen in geval er zich, ondanks de behandeling, een progressie van de ziekte voordoet en om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te stellen van de adviserend geneesheer, met name het evolutierapport (minstens om de 12 weken opgesteld en die, op medisch vlak, de voortzetting van de behandeling verantwoordt), de protocollen van de medische beeldvorming evenals het hierboven vermelde rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC).

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 12 weken 3 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

IV - Identificatie van de geneesheer-specialist in medische oncologie of in de urologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

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

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

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

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

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)