

Bijlage A: Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit OXYCONTIN (§ 4080000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

II - Elementen te bevestigen door de geneesheer verantwoordelijk voor de behandeling

Het betreft een eerste machtigingsperiode (periode van 6 maanden):

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan alle voorwaarden voldoet van punt a) en punt b) van § 4080000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 om een behandeling te verkrijgen met de specialiteit Oxycontin. Ik verklaar dat de rechthebbende lijdt aan een vorm van ernstige tot zeer ernstige pijn en dat een voorgaande analgetische behandeling met een sterk opioïd (stap III):

onvoldoende doeltreffend bleek

of

niet werd verdragen

Ik beschik over het medisch verslag dat de bewijsstukken bevat die de diagnose en de noodzaak van het gebruik van oxycodone bevestigen. Ik verbind mij ertoe dit verslag ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer. Op basis van deze elementen, vraag ik aan de adviserend geneesheer om een toelating tot terugbetaling te verlenen voor de specialiteit OXYCONTIN voor een periode van 6 maanden.

Het betreft een aanvraag tot verlenging van de machtiging (periode van 12 maanden):

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan alle voorwaarden voldoet van punt d) van § 4080000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 om een verlenging van de behandeling te verkrijgen met de specialiteit OXYCONTIN. Deze patiënt heeft reeds minstens één toelating tot terugbetaling van de specialiteit OXYCONTIN gekregen. Deze behandeling was doeltreffend en ik ben van mening dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is, zoals kan worden aangetoond door het omstandig verslag dat ik als bijlage toevoeg aan dit aanvraagformulier.

Op basis van deze elementen, vraag ik aan de adviserend geneesheer om een verlenging van de toelating tot terugbetaling te verlenen voor de specialiteit OXYCONTIN voor een periode van 12 maanden.

III – Identificatie van de geneesheer verantwoordelijk voor de behandeling bedoeld onder punt II hierboven:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)

(stempel)

.....

(handtekening geneesheer)

van

de

OMSTANDIG VERSLAG BIJ AANVRAAG TOT VERLENGING VAN DE MACHTIGING TOT VERGOEDING VOOR OXYCONTIN® (12 maanden) cfr. § 4080000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001

Ondergetekende dokter(naam, voornaam)
verklaart hierbij Dhr./ Mevr.(naam, voornaam patiënt)
te hebben onderzocht op/...../20.....

Bovenvermelde patiënt lijdt aan ernstige tot zeer ernstige pijn

- sinds(maand/ jaar)
- ten gevolge van(diagnose)

Gedurende de eerste machtigingsperiode van 6 maanden nam de patiënt

- OxyContin® 5mg
- OxyContin® 10mg
- OxyContin® 20mg
- OxyContin® 40mg
- OxyContin® 80mg

VAS- scores (Visual Analogue Scale)

VOOR behandeling met OxyContin®

PIJN

geen pijn hevigste pijn

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

LEVENSKWALITEIT

uitstekend zeer slecht

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

NA eerste 6 maanden behandeling met OxyContin®

PIJN

geen pijn hevigste pijn

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

LEVENSKWALITEIT

uitstekend zeer slecht

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

De patiënt heeft wat betreft **nevenwerkingen** tov zijn/haar vorige behandeling:

- geen verbetering
- een duidelijke verbetering

Bijgevolg, beschouw ik de behandeling met OxyContin® als :

- zeer effectief
- effectief
- bevredigend
- onvoldoende effectief

Op basis van die elementen, beschouw ik dat het verlengen voor maximum 12 maanden van de behandeling met OxyContin® medisch verantwoord en aangewezen is voor deze patiënt.

Datum:/...../ 200...

Handtekening arts:

Stempel arts: