

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken na 3 infusies aanvalsbehandeling, door een daling van de Mayo-score met minstens 3 punten en door een daling van de rectale bloeding-subscore met minstens 1 punt tenzij de subscore 0 of 1 bedroeg, vergeleken met de aanvangswaarde in week 0.

Op basis hiervan bevestig ik dat deze patiënt in aanmerking komt voor een verlenging van terugbetaling van de behandeling met de specialiteit REMICADE, voor maximum 12 maanden. Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met:

- de vooropgestelde begindatum van de verlenging van de behandeling: □□/□□/□□□□
- het gewicht van mijn patiënt
 - □□□ kg
 - op □□/□□/□□□□ (datum waarop de patiënt gewogen werd);
- het aantal verpakkingen van 100 mg per infusie aan 5 mg/kg: □□
- de dosering van 5 mg/kg om de 8 weken wat voor een behandeling van 12 maanden, het totaal aantal nodige verpakkingen brengt op:

□□ verpakkingen van 100 mg

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, RIZIVnummer):

--

 (naam)

--

 (voornaam)

1	-		-		-	
---	---	--	---	--	---	--

 (n° RIZIV)

	/		/	
--	---	--	---	--

 (datum)

	(stempel) (handtekening van de geneesheer)
--	-----------	--

IV– (Indien van toepassing) :

- Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de pneumologie:

Ik, ondergetekende, geneesheer-specialist in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt zich in de volgende situatie bevond:

- Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief.
- Ik bevestig hierbij dat deze patiënt in het verleden een adequate tuberculostaticabehandeling kreeg tegen actieve tuberculose, met name:
 -(toegediende tuberculostatica)
 - Sinds □□/□□/□□□□ (datum van aanvang)
 - Gedurende □□ weken (duur van de behandeling)
- Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze patiënt.
- Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente tuberculose heden de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie sinds meer dan 4 weken gevolgd worden.

- Identificatie van de geneesheer-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, RIZIVnummer):

--

 (naam)

--

 (voornaam)

1	-		-		-	
---	---	--	---	--	---	--

 (n° RIZIV)

	/		/	
--	---	--	---	--

 (datum)

	(stempel) (handtekening van de geneesheer)
--	-----------	--

