

Ik bevestig dat ik van de vergunninghouder van Tysabri een artseninformatiepakket met daarin de volgende elementen goed ontvangen heb:

- Productinformatie (bijsluiter)
- Informatie voor artsen over Tysabri
- Waarschuwingskaart voor patiënten

Ik bevestig dat Tysabri niet in combinatie met bèta-interferonen of glatirameer acetaat zal voorgeschreven worden. Tysabri zal ook niet in combinatie met immunosuppressieve therapies zoals b.v. mitoxantron, azathioprine of cyclofosfamide voorgeschreven worden.

III – Gevraagde specialiteit:

Op basis van deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor de eerste periode van 6 maanden de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit:

Tysabri 300 mg – concentraat voor oplossing voor infusie

Het aantal vergoedbare verpakkingen is beperkt tot maximum 7 per 6 maanden (één infusie van 300 mg om de 4 weken).

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de toegestane specialiteit voor te schrijven dan nodig.

IV – Identificatie van de geneesheer –specialist in de neurologie (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

