BIJLAGE A: model van aanvraagformulier**:**

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit XAGRID
(§ 345 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 een geneesheer-specialist verbonden aan een Centrum voor hematologie;

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan essentiële trombocytose, en dat hij voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 345 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- Voorwaarden die betrekking hebben op de diagnosestelling op basis van de trombocytentelling, een normale ferritinemie en de afwezigheid van een chromosoom van Philadelphia;
- Voorwaarden die betrekking hebben op het feit dat de patiënten hun bestaande therapie niet goed verdragen of wiens verhoogde trombocytentellingen door de bestaande therapie niet tot aanvaardbaar niveau worden teruggebracht;
- Voorwaarden die betrekking hebben op de aanwezigheid van een van de volgende voorwaarden, rechthebbenden die > 60 jaar of trombocytentelling > 1000 x 10^9/l of trombohaemorrhagie in de anamnese;

Bovendien,

(**indien de begunstigde reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit Xagrid bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 345 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, ga meteen naar punt 2. hieronder**)

Wat de precieze diagnose en klinische situatie van deze patiënt betreft, verklaar ik de volgende elementen:

1.1 Diagnosestelling:

□ Positief resultaat van de analyse de trombocytetelling (*);
□ Normaal resultaat van de analyse van de ferritinemie (*);
□ Negatief resultaat van de analyse van de Philadelphia chromosoom (*);

1.2 Reden(en) voor een verhoogd risico van essentiële trombocytose:

………
………
………

1.3 Voorafgaande therapie (met datum van start en duur van de behandeling):

………
………
………

1.4 Motivering van het stoppen van de voorafgaande therapie:

………
………

2. Wat mijn praktijk en de identificatie van het betrokken ziekenhuis aangaat:

Ik ben erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie op basis van het Ministerieel besluit van 18-10-2002 . (**In bijlage aan het huidige aanvraagformulier, voeg ik een kopie van mijn erkenning voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie)**

Ik ben sinds •• / •• / •••• verbonden aan het hieronder vermeld ziekenhuis, ervaren in de zorg van essentiële trombocytose

Naam en volledig adres van deze hospitaaldienst zijn de volgende:

……….
……….
……….

En ik voeg in bijlage een attest van de hoofdgeneesheer en/of de verantwoordelijke van deze dienst, die deze aanstelling en data bevestigt, alsook vermeldt het aantal patiënten met essentiële trombocytose die gevolg worden in zijn dienst de voorbije 12 maanden.

3. Identificatie van de ziekenhuisapotheker verbonden aan dit ziekenhuis:
Naam en voornaam:……
RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is:
7.10 - □□□ - □□ - □□□
Adres:……..
……
……

Ik verbind me ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Ik verbind me er eveneens toe, indien mijn patiënt de vergoeding van de specialiteit XAGRID zal verkregen hebben, aan het College van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van § 345 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Op basis van de bovenvermelde gegevens en op basis van het feit dat:

□ het een <u>eerste aanvraag</u> betreft (*) voor toelating van vergoeding bij een patiënt die nog niet behandeld is met de specialiteit XAGRID;

□ het een <u>eerste aanvraag</u> betreft (*) voor toelating van vergoeding bij een patiënt die reeds meer dan drie maand behandeld is met de specialiteit XAGRID, en deze behandeling is efficiënt bij deze patiënt is (ik voeg in bijlage een verslag van de evolutie, vervolledigd met het resultaat van de recente bloedafnames als bewijs;

□ het een aanvraag tot <u>verlenging van vergoeding</u> betreft van de specialiteit XAGRID, want deze patiënt heeft reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit XAGRID bekomen op basis van de voorwaarden van § 345 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, waarbij de vorige toegestane periode afgelopen is. Ik meen dat deze behandeling met de specialiteit XAGRID moet verder gezet worden (in bijlage voeg ik een verslag van de evolutie, in het bijzonder vermeld ik de klinische presentaties en de motivatie om de behandeling verder te zetten);

, bevestig ik dat deze patiënt een vergoeding gedurende 12 maanden dient te verkrijgen voor een behandeling in monotherapie met de specialiteit XAGRID met een maximale posologie van 4 mg/dag.

<u>III – Identificatie van de geneesheer-specialist bedoeld onder punt II hierboven:</u>

□□ (naam)
□□ (voornaam)
1-□□□□□-□□ -□□ (RIZIV nummer)

(*) In bijlage aan het huidige aanvraagformulier, voeg ik het protocol van de analyse van de trombocytetelling, de ferritinemie en de Philadelphia chromosoom. (enkel voor de eerste aanvraag van toelating, namelijk wanneer de begunstigde niet eerder een vergoeding van de specialiteit XAGRID bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 345 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001).

□□ / □□ / □□□□ (datum)

(stempel) ……. (handtekening van de arts)