

- le traitement est contre-indiqué chez des patients ayant présenté un AVC hémorragique ou lacunaire, ou tout autre type d'AVC au cours du mois précédent;
- le risque d'hémorragies augmente avec l'âge et que le XARELTO doit être utilisé avec prudence chez les patients âgés de ≥ 75 ans lorsqu'il est co-administré avec de l'AAS;

- je sais que la durée du traitement doit être déterminée individuellement sur la base d'évaluations régulières, en tenant compte du risque d'événements thrombotiques par rapport au risque de saignement;
- je sais que remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique avec des médicaments contenant les principes actifs clopidogrel, ticagrélor, prasugrel ou ticlopidine n'est jamais autorisé sous ce paragraphe ;

Première demande:

Je déclare que le patient concerné se trouve, au moment de la demande, dans la situation visée au point a) ci-dessus du §10140000 de l'AR du 01-02-2018.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves relatives à la situation du patient

Sur base de ces éléments, je confirme que le remboursement de la spécialité pharmaceutique est nécessaire pour ce patient.

Demande de prolongation:

Je déclare que le patient concerné se trouve toujours, au moment de la demande de prolongation, dans la situation visée au point a) ci-dessus du §10140000 de l'AR du 01-02-2018.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves relatives à la situation du patient

Je déclare savoir que l'autorisation de remboursement peut être prolongée pour maximum 2 nouvelles périodes de maximum 12 mois.

Sur base de ces éléments, je confirme que la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique est nécessaire pour ce patient

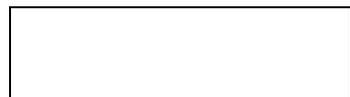
III - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)