

Annexe B : Modèle du formulaire de description clinique et d'évaluation

Formulaire de description clinique et d'évaluation du patient (§ 3890000 du chapitre IV l' AR du 21 décembre 2001 concernant la specialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés)

(Ce formulaire doit être conservé par le médecin traitant et tenu à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation à l'O.A.):

II – Elements concernant l'évaluation du patient:

Le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne 2 à 3 x par semaine minimum et remplit les conditions ci-dessous:

Enurésie nocturne de type I

(polyurie nocturne, càd un trouble du profil de concentration de l'urine de 24 heures)

Constatations cliniques:

- le patient concerné est âgé d'au moins 7 ans
- la diurèse nocturne est supérieure à la capacité vésicale correspondant à l'âge:
 - la capacité vésicale mesurée est:ml
 - la diurèse nocturne est :ml
 - âge du patient:ans
 - la capacité vésicale théorique correspondant à l'âge est: ml
(formule = (âge + 2) x 30 ml ; la capacité maximale est atteinte à 14 ans)

Pour déterminer la diurèse nocturne, l'urine est recueillie en 4 portions nocturnes égales. Pour cela, on propose aux parents de réveiller l'enfant 4 fois au cours d'une même nuit et de le faire uriner. Si, par exemple, si l'enfant va dormir le soir à 8 heures, il est réveillé à 23 heures, 2 heures, 5 heures et 8 heures. L'urine est chaque fois recueillie dans un récipient gradué et on mesure son volume.

Pour mesurer le volume vésical, on fait boire le patient le plus possible pendant un jour et on lui demande d'attendre le plus longtemps possible avant d'uriner; le volume urinaire est ensuite chaque fois mesuré à l'aide d'un récipient gradué.

Enurésie nocturne de type IV

(énurésie idiopatique, également appelée de type cognitif)

Constatations cliniques:

- le patient concerné a entre 7 et 17 ans inclus (enfant ou adolescent);
- tous les examens de dépistage sont normaux mais il y a un retard de la maturation et du contrôle cognitifs sur la vessie;
- le training cognitif pendant 3 mois (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme) a donné peu ou pas de résultat.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

Je, soussigné, confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

..... (nom)
..... (prénom)
1-.....-.....-..... (N° INAMI)
..... ///..... (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Annexe C : Modèle de formulaire de prolongation en cas d'énurésie nocturne Type I

Formulaire de demande de PROLONGATION du remboursement de la spécialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés dans le cas d'énurésie nocturne Type I (§ 3890000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d’inscription à l’O.A):

II – Demande de PROLONGATION après 6 mois de remboursement:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans.

Je confirme que pour ce patient il est nécessaire de poursuivre le traitement car lors de la réduction progressive du traitement effectuée à l'occasion de la réévaluation trimestrielle l'énurésie nocturne est réapparue.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce patient, ainsi qu' un formulaire de description clinique et d'évaluation du patient complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de l' AR. du 21 décembre 2001).

III – Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j’atteste que ce patient nécessite de recevoir un prolongation du remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 12 mois:**

Desmopressine Ferring 0,2 mg, comprimés – 100 x 0,2 mg

Je m'engage à ne pas prescrire plus longtemps que nécessaire la spécialité mentionnée au patient concerné.

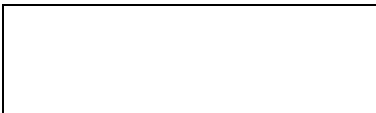
IV - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-UUUUUUU-UUU-UUUU (N° INAMI)

UU / UU / UUUUU (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

Annexe A : Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés dans le cas d'énurésie nocturne (§ 3890000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation à l'O.A.):

II – Données à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne.

- de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans;
- de type IV (énurésie idiopathique de type cognitif) et que le patient a entre 7 à 17 ans inclus (enfant ou adolescent);

Je confirme que ce patient remplit toutes les conditions mentionnées au point a) du § 3890000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

1. Diagnostic:

- énurésie nocturne 2 à 3 fois par semaine minimum

2. Echec de l'approche non médicamenteuse:

- persistance de l'énurésie nocturne malgré l'application des méthodes alternatives pendant au moins 3 mois (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme).

3. Réponse non optimale à un spray nasal de desmopressine en raison d'une congestion/obstruction nasale

4. Réponse thérapeutique à un traitement d'essai préalable:

- réponse thérapeutique à un traitement par comprimés de desmopressine (diminution de 50% du nombre de nuits avec miction involontaire) d'au moins 1 conditionnement d'essai de 15 comprimés : la boîte, munie d'un cachet du pharmacien dispensateur et jointe à l'annexe A sert de preuve.

5. Réévaluation du patient tous les 3 mois:

- tous les 3 mois, il sera examiné si la poursuite du traitement est nécessaire; pour cela, on peut réduire progressivement le traitement, suivant la dose, et contrôler si l'énurésie nocturne réapparaît.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce patient, ainsi qu' un formulaire de description clinique et d'évaluation du patient complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de l' AR.du 21 décembre 2001).

III – Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 6 mois:**

Desmopressine Ferring 0,2 mg, comprimés – 100 x 0,2 mg

IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-UUUUUU-UUU-UUUU (N° INAMI)

UU / UU / UUUUU (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)