ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :
Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SYNAGIS (§ 3860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste responsable du traitement :

Je soussigné, docteur en médecine (ma qualification de médecin spécialiste est mentionnée ci-dessous au point III) certifie que les conditions figurant au point a) du § 3860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité SYNAGIS chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de Synagis (cochez les cases appropriées) :

Je suis médecin spécialiste en Néonatologie affilié à un centre NIC (Soins intensifs en Néonatologie) et j'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic mentionné ci-dessous a été établi :

(1) : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant préterme de < 28 semaines d'âge gestationnel et qui a moins de 12 mois au début de la saison VRS.

(2) : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant préterme né entre 28 à 31 6/7 semaines d'âge gestationnel nécessitant une ventilation endotrachéale d'au moins 48h et qui a moins de 6 mois au début de la saison VRS.

(3) : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant souffrant d'insuffisance respiratoire chronique, qui nécessite une oxygénothérapie continue ou une assistance ventilatoire, dont l'âge postnatal n'a pas dépassé deux ans.

Je suis médecin spécialiste en cardio-pédiatrie affilié à un centre reconnu pour « programme de soins pathologie cardiaque C/T» et j'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic mentionné ci-dessous a été établi :

(4) : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant de moins de 2 ans atteint d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique :

pendant la période d'attente d'une intervention chirurgicale cardiaque
pendant le mois qui suit l'intervention
(date de l'intervention / /)

ceci pendant la période VRS, et qu'il répond à au moins l'un des critères suivants :

défaillance cardiaque congestive
désaturation en oxygène (inférieure à 90 %)
hypertension artérielle pulmonaire

J'atteste qu'il s'agit d'un enfant de……kg et que la dose de …….. a été administrée.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité SYNAGIS pour le traitement qui fera l'objet de la facturation concernée, puisque celle-ci vise une administration réalisée pendant la saison VRS en cours.

IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

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

(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)