

**BIJLAGE A : model van aanvraagformulier**

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit Crestor 5 mg (§ 8320100 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :**

[ ] (naam)

[ ] (voornaam)

[ ] (aansluitingsnummer)

**II - Elementen door de behandelende arts te attesteren**

Ik, ondergetekende, behandelende arts, verklaar dat de patiënt, hierboven vermeld, de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8320100 van het Hoofdstuk IV van K.B. van 21.12.2001 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit Crestor 5 mg

Deze patiënt toont predisponerende factoren (\*) voor myopathie / rhabdomyolyse waarvoor een dagdosis van 5 mg voldoende is:

(\*) Dergelijke factoren omvatten onder meer: nierinsufficiëntie, hypothyroïdie, persoonlijke of familiale anamnese met erfelijke spierziekte, musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese, alcoholmisbruik, leeftijd > 70 jaar, situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden, gelijktijdig gebruik van fibraten.

Bovendien heeft deze volwassen patiënt een heterozygote familiale hypercholesterolemie gedefinieerd als een score boven de 8 punten op de score Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) klinische criteria voor de diagnose van HeFH.

Wanneer de waarde van de onbehandelde LDL-C niet gekend is, moet een correctieformule toegepast worden volgens Haralambos (Haralambos et al Atherosclerosis 2015:240:190-6).

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot 5 mg per dag en tot één verpakking van 28 tabletten.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken patiënt zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van bovenstaande elementen attesteer ik dat de patiënt de vergoeding van Crestor 5 mg moet krijgen.

**III – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nr):**

[ ] (naam)

[ ] (voornaam)

[ ] - [ ] - [ ] - [ ] (RIZIV n°)

[ ] / [ ] / [ ] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)



**BIJLAGE A : model van aanvraagformulier**

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit ... (§ 8320300 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

\_\_\_\_\_ (aansluitingsnummer)

**II - Elementen door de behandelende arts te attesteren**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in cardiologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de patiënt, hierboven vermeld, de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8320300 van het Hoofdstuk IV van K.B. van 21.12.2001 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit Crestor 5 mg.

Deze patiënt toont predisponerende factoren (\*) voor myopathie / rhabdomyolyse waarvoor een dagdosis van 5 mg voldoende is:  
(\*) Dergelijke factoren omvatten onder meer: nierinsufficiëntie, hypothyroïdie, persoonlijke of familiale anamnese met erfelijke spierziekte, musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese, alcoholmisbruik, leeftijd > 70 jaar, situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden, gelijktijdig gebruik van fibraten.

Bovendien heeft deze volwassen patiënt een dyslipemie van een andere genetische vorm dan deze beschreven in §8320100 en 8320200, aangetoond door:  
- de aanwezigheid van een zeer hoog totaal cholesterol (> 300 mg / dl) met of zonder hypertriglyceridemie, bij ten minste twee metingen onder een aangepast dieet  
- en voorgeschiedenis van vroegtijdig cardiovasculaire lijden (mannen <55 jaar, vrouwen <60 jaar)

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot de maximale dosis zoals gedefinieerd in de officiële Samenvatting van de Karakteristieken van het Product.

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot 5 mg per dag en tot één verpakking van 28 tabletten.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken patiënt zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van bovenstaande elementen attesteer de vergoeding van Crestor 5 mg moet krijgen.

**III – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nr):**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

[ 1 ] - [ ] - [ ] - [ ] (RIZIV n°)

[ ] / [ ] / [ ] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

**BIJLAGE A : model van aanvraagformulier**

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit ... (§ 8320400 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :**

[ ] (naam)

[ ] (voornaam)

[ ] (aansluitingsnummer)

**II - Elementen door de behandelende arts te attesteren**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in cardiologie of inwendige geneeskunde of kinderarts, verklaar dat de patiënt, hierboven vermeld, de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8320400 van het Hoofdstuk IV van K.B. van 21.12.2001 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit ....

Deze patiënt is een kind of een tiener (< 18 jaar) en toont predisponerende factoren (\*) voor myopathie / rhabdomyolyse waarvoor een dagdosis van 5 mg voldoende is:

(\*) Dergelijke factoren omvatten onder meer: nierinsufficiëntie, hypothyroïdie, persoonlijke of familiale anamnese met erfelijke spierziekte, musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese, alcoholmisbruik, jaar, situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden, gelijktijdig gebruik van fibraten.

Deze patiënt toont eveneens een familiale hypercholesterolemie gedefinieerd door :

Ofwel een LDL-C  $\geq$  190 mg / dl bij twee opeenvolgende metingen na 3 maanden onder een aangepast dieet

Ofwel een LDL-C  $\geq$  160 mg / dl bij twee opeenvolgende metingen na 3 maanden onder een aangepast dieet

**EN één van de volgende voorwaarden**

Familie voorgeschiedenis van vroegtijdig coronair lijden \*

\* <55 jaar voor mannen, <60 jaar voor vrouwen

En / of een hoge initiële cholesterolwaarde in een eerste graad familielid (vader, moeder, broer of zus)

Ofwel een LDL-C  $\geq$  135 mg / dl bij twee opeenvolgende metingen na 3 maande onder een aangepast dieet

**EN één van de volgende voorwaarden**

Eerste graad familielid (vader, moeder, broer of zus) met een genetische diagnose van familiale hypercholesterolemie

Genetische diagnose van familiale hypercholesterolemie

Deze familiare hypercholesterolemie behoort tot een type

heterozygote

homozygote

niet bepaald tot op heden

Wanneer de waarde van de onbehandelde LDL-C niet gekend is, moet een correctieformule toegepast worden volgens Haralambos (Haralambos et al Atherosclerosis 2015;240:190-6).

Een secundaire hypercholesterolemie (hypothyroïdie, leverziekte, andere) werd uitgesloten.

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot 5 mg per dag en tot één verpakking van 28 tabletten.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken patiënt zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van bovenstaande elementen attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding van Crestor 5mg moet krijgen.

**III - Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nr):**

[ ] (naam)

[ ] (voornaam)

[1] - [ ] - [ ] - [ ] (RIZIV n°)