BIJLAGE A: Model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker:
Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie
van de specialiteit DYSPORT voor de behandeling van matige tot ernstige vormen van focale spasticiteit van de arm bij volwassen patiënten na een beroerte (§ 5120000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bii de verzekeringsinstelling):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of de neurologie in geval van een eerste behandelingsperiode van 6 maanden:

Ik ondergetekende, arts-, specialist

⊔ in de fysische geneeskunde en revalidatie (of)

⊔ in de neurologie,

verklaar dat de bovenvermelde patiënt aan een gedocumenteerde focale spasticiteit van de arm lijdt ten gevolge van een beroerte en tegelijk voldeed aan alle voorwaarden gesteld in § 5120000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

Ik verklaar dat de beroerte tussen 3 maand en minder dan een jaar geleden plaatsvond, op het ogenblik van het opstarten van de behandeling.

Ik verklaar dat deze patiënt op het ogenblik van het opstarten van de behandeling, een Modified Ashworth Scale (MAS) score ≥ 2 in ten minste 2 van de volgende gewrichten vertoonde: pols, elleboog en vingers.

Ik verklaar dat de patiënt geen definitieve contractuur heeft en niet aan fysiotherapie alleen beantwoordt.

Ik verklaar dat de patiënt door een multidisciplinair revalidatieteam gevolgd is.

De volgende behandeldoelstelling(en) werden in samenspraak met het multidisciplinaire revalidatieteam door de patiënt gedefinieerd voor het begin van de behandeling met DYSPORT:
……
……
……

Ik bevestig dat voor deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit DYSPORT, gedurende een periode van 6 maanden (maximum 2000 eenheden DYSPORT), noodzakelijk is en dat de behandeling met DYSPORT begonnen is op ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔ (begindatum).

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

III - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of de neurologie in geval van een-verlenging van de behandeling:

Ik ondergetekende, arts-, specialist

⊔ in fysische geneeskunde en revalidatie
(of)

⊔ in de neurologie,

verklaar dat de bovenvermelde patiënt reeds terugbetaling heeft verkregen voor een behandeling met de specialiteit DYSPORT gedurende minstens zes maanden voor focale spasticiteit van de arm na een beroerte.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken. Dit is bewezen door een Goal Attainment Scale (GAS) ≥ 50 voor de pre-gedefinieerde en persoonlijke behandeldoelstelling(en) en gemeten door het multidisciplinaire revalidatieteam.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de behandeling met de specialiteit DYSPORT (op basis van maximum 4.000 eenheden DYSPORT per periode van 12 maanden).

Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserende geneesheer.

IV - Identificatie van de garts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of de neurologie (naam, voornaam, adres. RIZIV nummert:

(naam)

(voornaam)

1 - - - (n° RIZIV)

/ / (datum)

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