

BIJLAGE D: Model van formulier met klinische beschrijving na elke periode van maximum 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) behandeling met NUCALA

Formulier met klinische beschrijving in geval van behandeling met de specialiteit NUCALA voor ernstig refractair eosinofiel astma. (§ 8300000 hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018)

(te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend arts van de betrokken rechthebbende)

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie (voor patiënten van 6 jaar of ouder) of door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (voor patiënten tussen 6 en 17 jaar):

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de pneumologie (mijn patiënt is 6 jaar of ouder) of erkend specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (mijn patiënt is tussen 6 en 17 jaar oud), verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die minstens 6 jaar oud is, al een terugbetaling heeft gekregen voor een behandeling met de specialiteit NUCALA, gedurende minstens 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) voor de behandeling van ernstig refractair eosinofiel astma.

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend is gebleken en dat tijdens de evaluatieperiode van 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) een daling van het aantal exacerbaties* kon worden vastgesteld in vergelijking met de periode van 12 maanden vóór de aanvang van de behandeling met NUCALA.

OF

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend is gebleken en dat tijdens de evaluatieperiode van 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) een stabilisering van het aantal exacerbaties* kon worden vastgesteld in vergelijking met de periode van 12 maanden vóór de aanvang van de behandeling met NUCALA, met een verminderd gebruik van systemische corticosteroiden.

**Een exacerbatie wordt gedefinieerd als een verergering van het astma waarvoor een systemische corticothérapie van minstens drie dagen nodig is (of voor corticoïdafhankelijke patiënten, een verhoging van de onderhoudsdosis met minstens het dubbele gedurende op zijn minst drie dagen), en/of een bezoek aan de spoeddienst en/of een hospitalisatie.*

	Gedurende de 12 maanden vóór het aanvangen van de behandeling met NUCALA	Gedurende de laatste 12 maanden (6 maanden voor de eerste vernieuwing) van behandeling met NUCALA
Aantal exacerbaties		

EN/OF

	Bij de aanvang van de behandeling met NUCALA	Bij de aanvraag tot verlenging
Dosis systemische corticosteroiden (geneesmiddel)mg/d (geneesmiddel)mg/d
Datum/...../...../...../.....

Op grond hiervan bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan de verlenging van zijn behandeling met de specialiteit NUCALA voor een bijkomende periode van maximum 12 maanden.

III - Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (voor patiënten van 6 jaar of ouder) of van de arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een universitair ziekenhuis (voor patiënten tussen 6 en 17 jaar): ((naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)