

BIJLAGE A: Standaard aanvraagformulier

Aanvraag formulier voor de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 5670100 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Gegevens te verklaren door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, arts, verzoek de adviserend geneesheer om de terugbetaling van de specialiteit *(naam van de specialiteit ingeschreven in § 5670100)* voor de behandeling van gevorderde / gemetastaseerde hormoon-afhankelijke borstkanker bij een postmenopauzale vrouw (natuurlijk of geïnduceerde menopauze), toe te staan.

- 1. De patiënte heeft een hormoonafhankelijke borstkanker en vertoont een terugval of verslechtering:
 - tijdens een behandeling met een anti-oestrogeen (tamoxifen of toremifen) toegediend
 - in het kader van een adjuvante behandeling
 - als eerste lijnbehandeling van een gevorderde / gemetastaseerde stadium
 - binnen de 12 maanden na het einde van een adjuvante behandeling met een antioestrogeen

- 2. De patiënte heeft tijdens de behandeling van gevorderde / gemetastaseerde hormoonafhankelijke borstkanker met een anti-oestrogeen, minstens één van de volgende nevenwerkingen vertoond:
 - een gedocumenteerde diepe veneuze thrombose;
 - een gedocumenteerde cerebrovasculaire thrombose;
 - afwijkingen van het endometrium met bewezen aanwezigheid van atypische cellen in een endometriumbiopt;
 - een gedocumenteerde allergie op tamoxifen of toremifen.

- 3. De patiënte vertoont een verhoogd risico voor thrombosen of endometrium-problemen met name:
 - ofwel een gedocumenteerde voorgeschiedenis van diepe veneuze thrombose;
 - ofwel een gedocumenteerde cerebrovasculaire thrombose of arteriële thrombose;
 - ofwel aanwezigheid van een bewezen erfelijke thrombogene ziekte of een persisterend positief lupus anticoagulans;
 - ofwel een voorgeschiedenis van afwijkingen van het endometrium met histologisch bewezen aanwezigheid van endometriumpoliepen.

- 4. De patiënte heeft tijdens een adjuvante behandeling met tamoxifen/toremifen ten minste één van volgende nevenwerkingen vertoond:
 - een gedocumenteerde diepe veneuze thrombose;
 - een gedocumenteerde cerebrovasculaire thrombose;
 - afwijkingen van het endometrium met bewezen aanwezigheid van atypische cellen in een endometriumbiopt;
 - een gedocumenteerde allergie op tamoxifen/toremifen.

Ik vraag voor mijn patiënte de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van één tablet van 1 mg per dag verzekert.

- Het betreft een eerste machtigingsperiode (maximaal 12 maanden).
- Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging (maximaal 12 maanden hernieuwbaar).

Ik verbind me ertoe de behandeling te stoppen wanneer tekens van progressie optreden

III - Identificatie van de geneesheer:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

[1] - [] - [] - [] (n° RIZIV)

[] / [] / [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

Ik verklaar dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door een specialiteit op basis van anastrozol) maximum 5 jaar zal bedragen.

Datum waarop de behandeling met tamoxifen werd gestart: / /

2.2 bij een postmenopauzale vrouw die onder tamoxifen ten minste één van volgende nevenwerkingen heeft vertoond:

- een gedocumenteerde diepe veneuze thrombose;
- een gedocumenteerde cerebrovasculaire thrombose;
- afwijkingen van het endometrium met bewezen aanwezigheid van atypische cellen in een endometriumbiopt;
- een gedocumenteerde allergie op tamoxifen.

Ik verklaar dat de adjuvante behandeling met tamoxifen niet langer dan een maand werd stopgezet op het ogenblik van deze aanvraag voor vergoeding.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van één tablet van 1 mg per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

Het betreft een eerste machtigingsperiode (maximaal 12 maanden).

Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging (maximaal 4 perioden van 12 maanden).

Ik verklaar dat de totale duur van de adjuvante behandeling (tamoxifen gevolgd door een specialiteit op basis van anastrozol) maximum 5 jaar zal bedragen.

Datum waarop de behandeling met tamoxifen werd gestart: / / .

III - Identificatie van de geneesheer:

(naam)

(voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)