

Aanvraagformulier :

Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit BARACLUDGE 1 mg (§ 4270000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001)

I. Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

II. Eerste aanvraag:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de voormelde volwassen patiënt(e) lijdt aan een chronische hepatitis B waarbij een behandeling met lamivudine van minstens 6 maand haar doeltreffendheid verloren is. Ik stop de inname van lamivudine. Het bilan van de chronische hepatitis B met resistentie aan lamivudine omvat alle volgende elementen:

- HBs antigen aanwezig onder inname van lamivudine

en

- HBe antigen

aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDGE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBe seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd

of afwezig. (=precure mutant) Ik engageer me de behandeling met BARACLUDGE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBs seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd

en

- HBV-DNA gehalte bedraagt onder inname van lamivudineIU/ml (minstens 2.000 IU/ml)

en

- twee gestegen ALT-waarden in het verleden

en

- leverbiopsie met inflammatie en/of fibrose als resultaat, heden of in het verleden. Deze leverbiopsie is niet vereist bij hemofilie of behandeling met anticoagulantia

Ik vraag de terugbetaling van BARACLUDGE 1 mg aan met een maximale dagdosis van 1 mg.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

III. Aanvraag tot verlenging:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, vraag voor voormelde volwassen patiënt(e) die lijdt aan een chronische hepatitis B, een verlenging van de terugbetaling van BARACLUDGE 1 mg aan:

- HBe antigen

aanwezig bij aanvang. Bij recente controle blijft het HBe antigen aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDGE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBe seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd

of afwezig bij aanvang (= precure mutant). Bij recente controle blijft het HBs antigen aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDGE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBs seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd

en

- ALT-waarde was recent normaal.

Ik vraag de verlenging van terugbetaling van BARACLUDGE 1 mg aan met een maximale dagdosis van 1 mg.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

IV. Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

- _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____/____/____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit BARACLUDE 0,5 mg
(§ 5240000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001)

I - Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

--	--	--	--

II - Eerste aanvraag:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de voormelde volwassen patiënt(e) lijdt aan een chronische actieve hepatitis B waarbij het diagnostisch bilan alle volgende elementen bevat:

- HIV-negatief
en
- HBs antigen aanwezig sinds meer dan 6 maand
en
- HBe antigen
 - aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBe seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd
 - of* afwezig (=precore mutant). Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBs seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd
- en
- HBV-DNA gehalte bedraagtIU/ml (minstens 2.000 IU/ml)
en
- twee recent gestegen ALT-waarden vanU/l en U/l
en
- leverbiopsie met inflammatie en/of fibrose als resultaat. Deze leverbiopsie is niet vereist bij hemofilie of behandeling met anticoagulantia
en
- voldoende leverfunctie-reserve, dus geen cirrose in stadium Child-Pugh B of C
en
- nooit eerder behandeld met antivirale nucleo(s)(t)ide-analogen

Ik vraag de terugbetaling van BARACLUDE 0,5 mg aan met een maximale dagdosis van 0,5 mg per dag.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

III - Aanvraag tot verlenging:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, vraag voor voormelde volwassen patiënt(e) die lijdt aan een chronische actieve hepatitis B, een verlenging van de terugbetaling van BARACLUDE 0,5 mg aan:

- HBe antigen
 - aanwezig bij aanvang. Bij recente controle blijft het HBe antigen aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBe seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd
 - of* afwezig bij aanvang (=precore mutant). Bij recente controle blijft het HBs antigen aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBs seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd

en

- ALT-waarde was recent normaal.

Ik vraag de verlenging van terugbetaling van BARACLUDE 0,5 mg aan met een maximale dagdosis van 0,5 mg per dag.

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.


IV - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

	(naam)
--	--------

	(voornaam)
--	------------

1		-		-		-		(n° RIZIV)
---	--	---	--	---	--	---	--	------------

□□ / □□ / □□□□ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)