



(of)

4.3. Mijn patiënt wordt voorbereid voor een beenmerg/stamceltransplantatie.

b) De situatie van ijzerstapeling wordt in aanmerking genomen op basis van het feit dat:

de transfusienood bij mijn patiënt actueel ..... eenheden concentraat rode bloedcellen per maand bedraagt

(en)

de cumulatieve waarde van de ijzerstapeling te wijten aan polytransfusies in het verleden, bij mijn patiënt .... gram ijzer bedraagt

Ik beschik over alle bewijselementen van de diagnose en de opvolging van de patiënt en ik verbind mij ertoe om alle bewijselementen die de geattesteerde gegevens bevestigen ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

De vergoedbare behandeling met EXJADE die ik voorzie, zal gegeven worden met een posologieschema van minimum 20 mg/kg/dag en maximum 30 mg/kg/dag, ik verbind mij er bijgevolg toe, de behandeling met EXJADE te stoppen in geval van niet vergoedbare posologieën.

**IV – Periode van toediening van EXJADE bij de polygetransfuseerde patiënt die ijzerstapeling vertoont (vul de passende vakjes in):**

Dit is een eerste aanvraag. Ik vraag de terugbetaling voor een eerste periode van 6 maanden.

(of)

Dit is een vervolg. Ik vraag de terugbetaling voor een nieuwe periode van 6 maanden om de behandeling met EXJADE te kunnen verder zetten aangezien de patiënt er klinisch baat bij heeft; ik verklaar dat de behandeling met EXJADE geleid heeft tot een stabilisatie of een verbetering van de ferritinemie gedurende de laatste 6 maanden van behandeling:

/  /  /  /  /  (datum)                      ferritinemie : ..... ng/L 6 maanden geleden

/  /  /  /  /  (datum)                      ferritinemie : ..... ng/L recentelijk

Welk ook de periode is van behandeling, ik weet dat een voorwaarde voor terugbetaling van deze specialiteit, het minimaal éénmaal uitvoeren van nier- en levertesten inhoudt, evenals een controle van de ferritinemie op het einde van de periode van 6 maanden.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt, de terugbetaling van de specialiteit EXJADE voor de behandeling die momenteel lopende is, nodig heeft, met een posologieschema van  mg/dag *(de minimaal toegelaten posologie is 20 mg/kg/dag, de maximaal toegelaten posologie is 30 mg/kg/dag).*

**V - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):**

(naam)

(voornaam)

-       -    -    (n° RIZIV)

/   /      (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)