

BIJLAGE A: Standaard aanvraagformulier

Aanvraag formulier voor de terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 3750100 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 § 36570100) 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 2,5 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)