Bijlage A: Model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker
Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker vooorafgaandelijk aan de facturatie van de specialiteit LEVACT (§ 5870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Elementen te attesteren door de geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, die verantwoordelijk is voor de behandeling:

Ik ondergetekende, geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, verklaar dat bovenvermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden van § 5870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

Het gaat om een

☐ chronische lymfatische leukemie (Binet B of C) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld
en die niet in aanmerking komt voor een fludarabine combinatiebehandeling
en die niet behandeld wordt met rituximab
en die ouder is dan 18 jaar

of

☐ indolent non hodgkin lymfoom dat ziekteprogressie vertoonden tijdens of binnen 6 maanden na behandeling met rituximab of een rituximab bevattend schema
en die behandeld wordt met LEVACT in monotherapie
en die ouder is dan 18 jaar

of

☐ multiepel myeloom (Durie-Salmon stadium II met progressie of III) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld met chemotherapie
en die niet in aanmerking komt voor een autologe stamceltransplantatie
en die bij de diagnose een klinische neuropathie vertoont die een thalidomide of bortezomib bevattende behandeling verhindert
en die ouder is dan 65 jaar.

Ik houd de elementen die betrekking hebben op de diagnose en het stadium van de ziekte en de toestand van de patiënt ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Op basis van de hoger vermelde elementen bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit LEVACT noodzakelijk is.

III – Identificatie van de geneesheer specialist hoger vermeld onder punt II:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)