Bijlage A: Model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker
Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van de specialiteit MOZOBIL (§ 5410000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist verbonden aan een EBMT geaccrediteerd centrum;

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie, medische hematologie of medische oncologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 5410000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Bovendien,

1. Wat de precieze diagnose en klinische situatie van deze patiënt betreft, verklaar ik de volgende elementen:

a) de patiënt lijdt aan een lymfoom of multipel myeloom dat een hematopoëtische autologe stamceltransplantatie noodzaakt

b) de patiënt bevindt zich in de volgende klinische situatie:

In het kader van de voorbereiding van een hematopoëtische autologe stamceltransplantatie:

- bij wie men niet in staat is om met G-CSF (aan een dosis van 10 µg/kg gedurende minstens 4 dagen), of met myelosuppressieve chemotherapie gevolgd door G-CSF, voldoende stamcellen te mobiliseren (< 10-15 CD34+ cellen/µl bloed)

of

- bij wie men niet in staat is om met G-CSF (aan een dosis van 10 µg/kg gedurende minstens 4 dagen), of met myelosuppressieve chemotherapie gevolgd door G-CSF, voldoende stamcellen te verzamelen (< 2 x 10^6 CD34+ cellen/kg voor de stamceltransplantatie)

2. Wat mijn praktijk en de identificatie van het EBMT geaccrediteerde centrum:

Ik ben erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie, medische hematologie of medische oncologie op basis van het ministerieel besluit van 18 oktober 2002 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, alsmede de stagemeesters en stagediensten in de klinische hematologie.
Ik ben sinds └┘└┘ / └┘└┘ / └┘└┘└┘└┘ verbonden aan het hieronder vermeld centrum, geaccrediteerd door EBMT:

Naam en volledig adres van dit centrum zijn de volgende:
……………………………………………………..………………………………………………………………………………
……………………………………………………..………………………………………………………………………………
……………………………………………………..………………………………………………………………………………

Accreditatie nummer van het centrum is de volgende:
……………………………………………………..………………………………………………………………………………

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik bevestig dat deze patiënt een vergoeding gedurende 6 maanden dient te verkrijgen voor een behandeling met de specialiteit MOZOBIL.

III – Identificatie van de arts-specialist erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie, medische hematologie of medische oncologie bedoeld onder punt II hierboven:

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nummer)

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

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