

BIJLAGE A : Model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van een specialiteit ingeschreven in § 5790000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in neonatologie verbonden aan een NIC-centrum (Neonatale Intensieve Zorg):

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

arts-specialist in neonatologie verbonden aan een NIC-centrum (Neonatale Intensieve Zorg)

verklaar dat alle voorwaarden gesteld in § 5790000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van NOXAP bij deze patiënt voldaan zijn.

III - Toestand van de patiënt die de toediening van NOXAP momenteel nodig maakt (kruis de passende vakjes aan)

Ik verklaar dat het om een beademde pasgeborene met een zwangerschapsduur van ≥ 34 weken gaat, die lijdt aan hypoxemisch respiratoir falen, geassocieerd met klinische of echocardiografische symptomen van arteriële pulmonale hypertensie en er aan volgende voorwaarden is voldaan:

toegediend op een erkende eenheid voor neonatale intensieve zorgen

en

voorgeschreven door een specialist in neonatologie

en

toegediend na optimalisatie van de ademhalingsondersteuning inclusief het gebruik van surfactant

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit NOXAP dient te krijgen, waarbij rekening wordt gehouden met een maximale dosering en behandelingsduur van:

20 ppm

en

96 uur

Gebruikte verpakkingen bij de behandeling (de vergoeding van de verschillende conditioneringen is cumuleerbaar per behandelende patiënt):

NOXAP 200 ppm, 10 liter (maximaal 1 cilinder vergoedbaar)

of

NOXAP 200 ppm, 20 liter (maximaal 1 cilinder vergoedbaar)

of

NOXAP 800 ppm, 10 liter (maximaal 2 cilinders vergoedbaar)

of

NOXAP 800 ppm, 20 liter (maximaal 1 cilinder vergoedbaar)

IV - Identificatie van de arts-specialist in neonatologie verbonden aan een NIC-centrum (Neonatale Intensieve Zorg) (naam, voornaam, adres, RIZIV N°):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

- _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)