Bijlage 1
Model van het aanvraagformulier tot terugbetaling van PEGINTRON in monotherapie (§ 2350100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

Voornaam en naam van de rechthebbende: ……
Adres van de rechthebbende: ……
Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling : ……
(of zelfklever ziekenfonds)

Ik ondergetekende, behandelende arts, erkend specialist in de gastro-enterologie of in de inwendige geneeskunde, dien volgende aanvraag in voor de terugbetaling van de specialiteit PEGINTRON voor mijn patiënt die lijdt aan een chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal verhoogde ALT met minstens 1 maand interval bepaald, een positief serum HCV-RNA en een histologisch onderzoek na leverbiopsie.

□ Dit histologisch onderzoek is niet vereist in geval van viraal genotype 2, viraal genotype 3, hemofilie of gelijktijdige behandeling met anticoagulantia.

□ Ik bevestig dat er voor deze patiënt een gedocumenteerde contra-indicatie bestaat voor ribavirine (anemie, hemoglobinopathie, ernstige nierinsufficiëntie, hemodialyse).

EN

□ Bovendien heeft de rechthebbende bij histologisch onderzoek, indien een biopsie vereist is zoals aangegeven in de eerste alinea hierboven, een inflammatie of fibrose. In geval van cirrose mag het chronisch leverlijden niet meer zijn dan een score A volgens de Child-Pugh index.

EN

□ Ik verbind mij ertoe desgevraagd de bewijsstukken te bezorgen aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

□ - **Aanvraag tot terugbetaling voor een eerste periode van 24 weken**

□ Ik verbind mij ertoe om de behandeling niet verder te zetten na 12 weken, wanneer na deze periode de doeltreffendheid (*) niet werd aangetoond.

□ – **Aanvraag tot hernieuwde terugbetaling voor een periode van 24 weken voor een patiënt met een virale respons op 12 weken (*) en van wie ik het resultaat van de uitgevoerde testen heden toevoeg.**

(*) De doeltreffendheid wordt aangetoond indien de viremie, na een behandeling van 12 weken :

□ hetzij gedaald is tot minder dan 1 % (> 2 log daling) van de viremiewaarde voor de behandeling voor een naïeve patiënt

□ hetzij ondetecteerbaar is (HCV-RNA negatief) voor een patiënt in herbehandeling

Gewicht van de patiënt : …….. kg

De voorgeschreven dosis van PEGINTRON is 0,5 of 1,0 µg/kg/week			Voor 24 weken:
□ ≤ 56 kg		□ PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
□ 57 – 88 kg		□ PEGINTRON pen/vial 80 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of	□ PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
□ 89 – 106 kg		□ PEGINTRON pen/vial 100 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of	□ PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
□ ≥ 107 kg		□ PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of	□ PEGINTRON pen/vial 80 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen

Identificatie van de arts-specialist in de gastroenterologie of in de inwendige geneeskunde (naam, voornaam, adres, RIZIVnr):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)
1-□□□□□□-□□-□□□ (RIZIV nr)
□□/□□/□□□□□ (datum)

(STEMPEL) …….. (HANDTEKENING VAN DE ARTS)