

**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 zelfklevend 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 viremie waarde 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:

<input type="checkbox"/> ≤ 56 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
<input type="checkbox"/> 57 – 88 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 80 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of <input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
<input type="checkbox"/> 89 – 106 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 100 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of <input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
<input type="checkbox"/> ≥ 107 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	of <input type="checkbox"/> 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)

**Bijlage 2**

Model van het aanvraagformulier tot terugbetaling van de combitherapie  
PEGINTRON (§ 2350200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

plus  
REBETOL (§ 1910000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001) of RIBAVIRINE SANDOZ (§ 5950000 van hoofdstuk IV van het KB 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 specialiteiten PEGINTRON plus REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 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.

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 wanneer de doeltreffendheid niet werd aangetoond conform aan wat de Samenvatting van de ProductKenmerken (SPK) aangeeft voor het betrokken genotype en de lijn van antivirale behandeling.

Andere situatie: naïeve patiënt met genotypes 2/3. Het blijft bij maximaal 1 periode van 24 weken.

- **Aanvraag tot hernieuwde terugbetaling voor een periode van 24 weken**

De doeltreffendheid werd aangetoond conform aan wat de Samenvatting van de ProductKenmerken (SPK) aangeeft voor het betrokken genotype en de lijn van antivirale behandeling.

Gewicht van de patiënt : ..... kg

**De voorgeschreven dosis voor de patiënt is**

- PEGINTRON 1,5 µg/kg/week

en

- REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 à 7 caps/dag

Voor 24 weken:

<input type="checkbox"/> < 40 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 50 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/dag (doos van 168 caps)	4 dozen
<input type="checkbox"/> 40 – 64 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 80 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/dag (doos van 168 caps)	4 dozen
<input type="checkbox"/> 65 - 75 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 100 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/dag (doos van 168 caps)	5 dozen
<input type="checkbox"/> 76 - 79 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/dag (doos van 168 caps)	5 dozen
<input type="checkbox"/> 80 - 85 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 120 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/dag (doos van 168 caps)	6 dozen
<input type="checkbox"/> 86 - 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 150 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/dag (doos van 168 caps)	6 dozen
<input type="checkbox"/> > 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON pen/vial 150 µg (doos van 4 stuks)	6 dozen
	<input type="checkbox"/> REBETOL of RIBAVIRINE SANDOZ 7 caps/dag (doos van 168 caps)	7 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)