

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker:

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit PROLEUKIN (§1810000 van hoofdstuk IV van het koninklijk besluit van 21 december 2001).

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

Naam: ██

Voornaam: ██

Aansluitingsnummer: ██

II - Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de medische oncologie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist in de medische oncologie

verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) van § 1810000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van PROLEUKIN bij deze patiënt allen voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder:

III - Toestand van de patiënt die de toediening van PROLEUKIN momenteel nodig maakt (vul de passende vakjes in):

Ik verklaar dat het om een patiënt gaat die lijdt aan een gevorderd niercelcarcinoom met falen of recidief na een heelkundige ingreep en dat, bij het instellen van de behandeling met PROLEUKIN, de betrokken patiënt niet tegelijk meer dan één van de volgende drie risicofactoren vertoont:

- een score van algemene toestand volgens de ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) of de WHO (World Health Organisation) hoger of gelijk aan 1;
- een termijn van minder dan 24 maand tussen de oorspronkelijke diagnose van de primaire tumor en de datum waarop het falen of het recidief na een heelkundige ingreep wordt vastgesteld die de realisatie van het bilan motiveert met het oog op een eventuele behandeling met PROLEUKIN;
- de localisatie van metastasen in meer dan twee verschillende organen.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhangt van het uitvoeren, om de 24 behandelingsweken of vroeger indien de klinische situatie dit vereist, van een klinische evaluatie, onder andere door middel van een CT-scan of van een andere aangepaste medische beeldvorming.

Ik verklaar dat het om een eerste periode van 24 weken behandeling gaat die op DD/MM/BBBB gestart werd.

Ik verklaar dat deze patiënt al minstens één periode van 24 weken behandeling heeft gekregen en dat de vorige klinische evaluatie, met name met een CT-scan of andere aangepaste medische beeldvorming, die op DD/MM/BBBB werd uitgevoerd, aantoont dat de behandeling dient verder gezet te worden gezien de patiënt er een er geen progressie van de aandoening is opgetreden onder de behandeling en er klinisch voordeel mee ervaart.

Aangezien de behandeling verder gezet wordt, is de volgende klinische evaluatie voorzien ten laatste op DD/MM/BBBB.

Daarenboven, verbind ik mij ertoe om de behandeling met PROLEUKIN te stoppen in geval er zich, ondanks de behandeling, een progressie van de ziekte voordoet ten opzichte van de begintoestand en om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit PROLEUKIN nodig heeft.

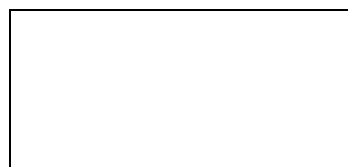
IV - Identificatie van de geneesheer-specialist in medische oncologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

Naam: ██

Voornaam: ██

RIZIV-nr: 1- ██████████-███-████

□□ / □□ / □□□□ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)