BIJLAGE A : Model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker
Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van de specialiteit SYNAGIS (§ 3860000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

II – Elementen te bevestigen door de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling:

Ik, ondergetekende, doctor in de geneeskunde (mijn bekwaamheid als geneesheer-specialist wordt hieronder in punt III vermeld), bevestig dat alle voorwaarden vermeld onder punt a) van §3860000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit SYNAGIS bij die patiënt zijn vervuld, aangezien de toediening plaats vond voor de hieronder in punt III vermelde situatie:

III – Situatie van de patiënt die momenteel toediening van SYNAGIS nodig heeft (aankruisen wat van toepassing is)

□ Ik ben geneesheer-specialist in de neonatologie, verbonden aan een NIC-centrum (neonatale intensieve verzorging) en ik bevestig dat het om een patiënt gaat waarbij de onderstaande diagnose is vastgesteld:

□ (1) : Ik bevestig dat het gaat om een behandeling van een prematuur van minder dan 28 weken zwangerschapsleeftijd die jonger is dan 12 maanden bij het begin van het RSV-seizoen.

□ (2) : Ik bevestig dat het gaat om een behandeling van een prematuur tussen 28 en 31 6/7 weken zwangerschapsleeftijd die nood heeft aan een endotracheale beademing van minstens 48 uur en die jonger is dan 6 maand bij het begin van het RSV-seizoen.

□ (3) : Ik bevestig dat het gaat om een behandeling van een kind met chronische respiratoire insufficiëntie, dat nood heeft aan een chronische zuurstoftherapie of een beademing en dat jonger is dan 2 jaar.

□ Ik ben geneesheer-specialist in de kindercardiologie, verbonden aan een erkend centrum voor "zorgprogramma cardiale pathologie C/T" en ik bevestig dat het om een patiënt gaat waarbij de onderstaande diagnose is vastgesteld:

□ (4) : Ik bevestig dat het gaat om een behandeling van een kind jonger dan 2 jaar met een congenitale cardiopathie met hemodynamische weerslag:

□ tijdens de periode in afwachting van een cardiochirurgische ingreep
□ tijdens de maand volgend op de ingreep
(datum van de ingreep □ □ / □ □ / □ □ □ □)

en dit tijdens de RSV-periode. Bovendien beantwoordt het kind aan minstens één van de volgende criteria:

□ congestief hartfalen
□ zuurstofdesaturatie (lager dan 90%)
□ pulmonale arteriële hypertentie

□ Ik bevestig dat het gaat om een kind van …….. kg en dat de dosis van …….. werd toegediend.

Bovendien verbind ik me ertoe de bewijsstukken ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.
Op basis van bovenvermelde elementen bevestig ik dat deze patiënt de terugbetaling nodig heeft van de specialiteit SYNAGIS voor de behandeling die het voorwerp zal zijn van de betrokken facturatie, aangezien deze een toediening tijdens het lopende RSV-seizoen beoogt.

IV – Identificatie van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

(naam)
(voornaam)
1- - - (RIZIV nr.)
/ / (Datum)

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