

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker:

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit XAGRID (§ 3450000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

--	--	--

II – Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist verbonden aan een Centrum voor hematologie:

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan essentiële trombocytose, en dat hij voldoet aan alle voorwaarden van punt a) en b) van § 3450000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden die betrekking hebben op de diagnosestelling, de trombocytentelling en de bevestiging van de aanwezigheid van een JAK-2-mutatie en/of de afwezigheid van het Philadelphia-chromosoom en/of de afwezigheid van een BCR-ABL-verschuiving;
- Voorwaarden die betrekking hebben op het feit dat de patiënt zich bevindt in een situatie van intolerantie en resistentie aan hydroxycarbamide;
- Voorwaarden die betrekking hebben op de aanwezigheid van minstens één van de volgende voorwaarden:
 - trombocytentelling $> 1000 \times 10^9/l$;
 - een gedocumenteerd antecedent van trombohaemorrhagie;
 - een rechthebbende die ouder is dan 60 jaar.

Bovendien,

(indien de begunstigde reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit XAGRID bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 3450000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, ga meteen naar punt 2. hieronder)

Wat de precieze diagnose en klinische situatie van deze patiënt betreft, verklaar ik de volgende elementen:

a) het betreft de volgende diagnose: een trombocytose tengevolge van een essentiële trombocytemie bij een patiënt intolerant aan en/of resistent aan een behandeling met hydroxycarbamide en voor welke de afwezigheid van het Philadelphia-chromosoom en/of de afwezigheid van een BCR-ABL-verschuiving en/of de aanwezigheid van een JAK-2-mutatie bevestigd is geweest en dat de patiënt het volgende vertoont:

- een positief resultaat van de analyse van de trombocytentelling met een waarde van en op datum van UU / UU / UUUU
- een negatief resultaat van de analyse van het Philadelphia-chromosoom
- een positief resultaat van de JAK-2-mutatie
- een afwezigheid van een BCR-ABL-verschuiving

b) het betreft een patiënt die zich bevindt in de volgende klinische situatie:

- Of,
 - de patiënt heeft minstens éénmaal in het verleden een gecontroleerde trombocytose $> 1000 \times 10^9/l$ doorgemaakt;
 - de patiënt heeft een trombocytose $> 450 \times 10^9/l$ met een gedocumenteerd antecedent van trombohaemorrhagie doorgemaakt. Het type van doorgemaakte trombohaemorrhagie is de volgende: op datum van UU / UU / UUUU;
- Of,
 - de patiënt is ouder dan 60 jaar.

c) dat de intolerantie en/of de resistentie aan de behandeling met hydroxycarbamide wordt beschouwd als een feit tengevolge van de aanwezigheid van één van de volgende criteria:

- trombocytose $> 600 \times 10^9/l$ na 3 maanden hydroxycarbamide bij een dosis van minstens 2 g/dag (2,5 g voor een lichaamsgewicht $> 80 \text{ kg}$);
- Of,
 - trombocytose $> 400 \times 10^9/l$ en witte bloedlichaampjes < 2500 ongeacht de dosis hydroxycarbamide;
- Of,
 - trombocytose $> 400 \times 10^9/l$ en hemoglobine $< 10 \text{ g/dl}$ ongeacht de dosis hydroxycarbamide;
- Of,
 - aanwezigheid van beenzweren ongeacht de dosis hydroxycarbamide;
- Of,
 - aanwezigheid van een onaanvaardbaar mucocutaan symptoom, ongeacht de dosis hydroxycarbamide. De aanwezige reactie is de volgende

Of,

- aanwezigheid van koorts die samenhangt met de toediening van hydroxycarbamide.

Ik verbind me ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

III – Toedieningsperiode:

III. 1

- het betreft een eerste aanvraag voor toelating van vergoeding bij een patiënt die nog niet behandeld is met de specialiteit XAGRID. Ik bevestig dat deze patiënt nood heeft aan de vergoeding van de specialiteit XAGRID met een maximale posologie van 5 mg/dag voor een eerste periode van 12 maanden.

III. 2

- het betreft een aanvraag tot verlenging van vergoeding van de specialiteit XAGRID, want deze patiënt heeft reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit XAGRID bekomen op basis van de voorwaarden van § 3450000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Ik bevestig dat de behandeling met XAGRID een daling van het bloedplaatjesgehalte heeft teweeg gebracht:

/ / (datum) bloedplaatjesgehalte : 10⁹/L vóór behandeling met XAGRID

/ / (datum) bloedplaatjesgehalte : 10⁹/L recent

Ik bevestig dat deze patiënt nood heeft aan de vergoeding van de specialiteit XAGRID met een maximale posologie van 5 mg/dag voor een nieuwe periode van 12 maanden.

IV – Identificatie van de geneesheer-specialist bedoeld onder punt II hierboven:

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV nummer)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)