

**BIJLAGE C: Model van formulier voor verlenging:**

Aanvraagformulier tot VERLENGING van de terugbetaling van een specialiteit opgenomen in § 223000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):**

\_\_\_\_\_

**II – Aanvraag tot VERLENGING (na tenminste 6 maanden terugbetaling):**

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat deze patiënt, momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging na ten minste 6 maanden terugbetaling, zoals ze vermeld zijn in punt f) van § 2230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden met betrekking tot het verkrijgen van een MMSE-score die niet lager ligt dan 10 (Mini Mental State Examination);
- Voorwaarden met betrekking tot de nut van het voortzetten van de behandeling, gebaseerd op een globale evaluatie van de patiënt door de geneesheer specialist vermeld in punt a) 1, die tenminste een globale klinische evaluatieschaal zoals Clinical Global Impression of Change schaal (CGI-C) omvat.

Bovendien verbind ik me ertoe de bewijselementen die stellen dat de betrokken patiënt zich in de beschreven situatie bevond ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

**III – Gevraagde specialiteit en modaliteiten met betrekking tot de evolutie van de patiënt:**

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs een verlenging van de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit

.....

Gewenste dosering: \_\_\_\_\_

Gewenst type verpakking: \_\_\_\_\_

Gewenst aantal verpakkingen: \_\_\_\_\_

(naam van de specialiteit ingeschreven in § 2230000 en vermelding van de dosering, het type en het aantal gewenste verpakkingen)

Ik heb rekening gehouden met een maximale dagelijkse dosering van 10 mg voor een specialiteit op basis van donepezil (ATC code N06DA02) , met een maximale dagelijkse dosering van 12 mg voor een specialiteit op basis van rivastigmine (ATC code N06DA03) en met een maximale dagelijkse dosering van 24 mg voor een specialiteit op basis van galantamine (ATC code N06DA04).

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de terugbetaling van het eventueel voorschrijven van de toegestane specialiteit aan te vragen wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 10 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddel, om de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt h) van § 2230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

**IV – Identificatie van de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° RIZIV)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

**BIJLAGE B: Model van het formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur:**

Formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur (§ 2230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

(Dit formulier moet worden bewaard door de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling en moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend geneesheer van de betrokken rechthebbende)

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):**

XX

**II – Specifiek uniek nummer, door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling toegekend aan de patiënt:**

(in te vullen door de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling , bij ontvangst van de mededeling van dit nummer door de adviserend geneesheer)

XXXX/XX/XX/ XXX / XXX

**III – Elementen met betrekking tot de klinische situatie van de patiënt:**

De hierboven vermelde patiënt:

1. Lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, waarvan de diagnose klinisch werd gesteld volgens de DSM-IV-criteria:

- Criterium A:  
De ontwikkeling van multiplele cognitieve problemen wordt aangetoond door de volgende elementen:
  - Geheugenproblemen
  - Een (of meerdere) van de volgende cognitieve problemen:
    - afasie
    - apraxie
    - agnosie
    - problemen met uitvoerende functies
- Criterium B:
  - De cognitieve problemen van criterium A veroorzaken elk een aanzienlijke beperking van het professioneel of sociaal functioneren en vertegenwoordigen een aanzienlijke achteruitgang ten opzichte van het vroegere functioneringsniveau.
- Criterium C:
  - Het verloop van de ziekte wordt gekenmerkt door een gradueel begin en een progressieve achteruitgang van de cognitieve functies.
- Criterium D:  
De cognitieve problemen zijn niet het gevolg van een van de volgende factoren:
  - Andere aandoeningen van het centraal zenuwstelsel die progressieve problemen met het geheugen en de cognitie met zich meebrengen (bijvoorbeeld een cerebrovasculaire aandoening, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, een subduraal hematoom, hydrocefalie "bij normale druk", een hersentumor);
  - Systemziekte waarvan gekend is dat ze dementie veroorzaakt (bijvoorbeeld hypothyroïdie, tekort aan vitamine B12 of foliumzuur, tekort aan nicotinezuur, te hoog calciumgehalte, HIV-besmetting);
  - Problemen met toxicomanie.
- Criterium E:
  - De problemen treden niet alleen op tijdens het verloop van een delirium.
- Criterium F:
  - De problemen zijn niet te wijten aan andere aandoeningen van het centraal zenuwstelsel zoals depressie of schizofrenie.

2. Heeft de volgende resultaten behaald op de cognitieve testen:

- MMSE of Mini Mental State Examination: score van XX/30 (minstens 10) op XX/XX/XXXX (Datum);
- Als MMSE hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door:
  - het toepassen van aangepaste, gevalideerde en gestandaardiseerde neuropsychologische evaluaties uitgevoerd door professionelen deskundig in het domein van de neuropsychologie.

3. Lijdt niet aan een andere pathologie als oorzaak van de dementie, wat werd bevestigd op XX/XX/XXXX (Datum), door het volgende onderzoek:

- CT-scan
- MR onderzoek

**IV – Elementen met betrekking tot de geïntegreerde tenlastename van de patiënt:**

De hierboven vermelde patiënt:

1. Heeft een functionele analyse ondergaan :

|  | Evaluatie<br>(initieel) | Herevaluatie<br>(na 6 maanden<br>terugbetaling) | Herevaluatie<br>(na verlenging<br>terugbetaling) | Herevaluatie<br>(na verlenging<br>terugbetaling) |
|--|-------------------------|---|--|--|
| Data                                       | □□/□□/□□□□              | □□/□□/□□□□                                      | □□/□□/□□□□                                       | □□/□□/□□□□                                       |
| MMSE-score                                 | □□                      | □□  | □□   | □□   |
| Basale ADL met Katz-<br>schaal             | □                       |   |  |  |
| Instrumentele ADL met<br>Lawton-schaal     | □□                      |   |  |  |
| Global Deterioration Scale                 | □                       |   |  |  |
| Schaal van gedragsstoornis<br>(NPI-Q)      | □□□                     |   |  |  |
| Globale klinische evaluatie<br>zoals CGI-C |                         | □   | □  | □  |

2. Heeft een multidisciplinair voorstel voor verzorging en voor ondersteuning van de omgeving:

Patiënt wordt thuis verzorgd:

1°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur: Datum: □□/□□/□□□□

.....  
.....  
.....

2°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving: Datum: □□/□□/□□□□

.....  
.....  
.....

Opname in verzorgingsinstelling: Datum: □□/□□/□□□□

1°) Type instelling: .....

2°) Naam en adres van de instelling: .....

.....  
.....

3°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur: .....

.....  
.....

4°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving: .....

**V – Gevraagde specialiteit:**

.....  
(naam van de specialiteit ingeschreven in § 2230000)

**VI – Identificatie van de behandelende huisarts (naam, voornaam, adres):**

..... (naam)

..... (voornaam)

..... (adres)

**VII – Identificatie en handtekening van de specialist zoals vermeld in punt a) 1. van § 2230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001):**

Ik ondergetekende, arts-specialist

- psychiater,
- neuropsychiater,
- internist-geriater,
- neuroloog,

bevestig de verschillende elementen die hierboven zijn vermeld.

Ik bevestig ook de verzending van een kopie van dit formulier aan de behandelend huisarts vermeld in punt VI.



