BIJLAGE A: model van aanvraagformulier:
Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit INOVELON (§ 6010000 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 arts-specialist in de neuropediatrie, neurologie of pediatrie:

Ik, ondergetekende, arts
⊔ neuropediater (nummer 691/696)
⊔ neuroloog met een erkenning in pediatrie (nummer 774)
of
⊔ neuroloog (nummer 770)

ervaren in de diagnose en behandeling van epilepsie bevestig dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan het Syndroom van Lennox-Gastaut.

Gewicht van de patiënt : ………………..kg

Maximaal terugbetaalbare posologie:
⊔ 1000 mg / dag (patiënten met een gewicht < 30 kg)
⊔ 1800 mg / dag (patiënten met een gewicht tussen 30 en 50 kg)
⊔ 2400 mg / dag (patiënten met een gewicht tussen 50,1 en 70 kg)
⊔ 3200 mg / dag (patiënten met een gewicht > 70 kg)

⊔ **Het betreft een eerste aanvraag voor vergoeding (periode van max. 12 maanden):**

Ik bevestig dat:

- de diagnose van het syndroom van Lennox-Gastaut op basis van de kliniek en een EEG

en
- ⊔ dat deze patiënt onvoldoende gecontroleerd wordt door de combinatie valproaat (met of zonder benzodiazepine) geassocieerd met lamotrigine en/of topiramate;

of
- ⊔ dat deze patiënt geen lamotrigine of topiramate verdraagt.

Ik voeg in bijlage een medisch verslag toe die de diagnose bevestigt en waarin chronologisch de vroegere en recente voorgeschiedenis van de aandoening wordt beschreven (met vermelding van de resultaten van de uitgevoerde technische onderzoekingen, de aard van de voorafgaande behandelingen, de gebruikte doses en de bereikte resultaten).

⊔ **Het betreft een aanvraag tot verlenging van vergoeding (periode van max. 12 maanden):**

Ik bevestig dat deze patiënt reeds van de terugbetaling van de specialiteit INOVELON genoten heeft, op grond van de bepalingen van § 6010000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001, en ik bevestig dat de verlenging van de behandeling medisch gerechtvaardigd is bij deze patiënt.

Ik voeg in bijlage een medisch verslag toe, waarin de evolutie van de aandoening onder de terugbetaalde behandeling beschreven wordt en waarin een voldoende therapeutisch antwoord van de combinatie behandeling met INOVELON aangetoond wordt, met een vermindering van de frequentie en de ernst van de tonsche-atonische aanvallen en van het totaal aantal aanvallen.

Wat de identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker aangaat:
Identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker:

Naam en voornaam: ……………………………………………………………………………………………………......................................
RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is: 7.10-___-__-___
Adres:
……………………………………………………………………………………...……………………………
…..……
……………………………………………………………………………………...……………………………
……

Ik verbind me er verder toe de bewijsstukken die de geattesteerde situatie van mijn patiënt ondersteunen, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind me er eveneens toe, van zodra mijn patiënt de terugbetaling van de specialiteit INOVELON zal verkregen hebben, de gecodeerde gegevens, die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van § 6010000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, aan het College van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, mee te delen .

Op basis van de bovenvermelde gegevens, vraag ik voor deze patiënt de terugbetaling aan van de specialiteit INOVELON voor een periode van 12 maanden.

III – Identificatie van de arts-specialist bedoeld onder punt II hierboven:

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel) ..... (handtekening arts)