

BIJLAGE A: model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaandelijk aan de aflevering van de specialiteit KEPIVANCE § 4170000 van hoofdstuk IV van het Koninklijk Besluit van 21 december 2001.

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

II Elementen te bevestigen door een geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie

Ik ondergetekende, specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt een maligne hematologische aandoening heeft en een autologe stamceltransplantatie moet ondergaan voorafgegaan door volgende myeloablatieve behandeling:

totale lichaamsbestraling,

of

melphalan 200 mg/m²

of

BEAM (Carmustine 300 mg/m², etoposide > 400 mg/m², cytarabine > 800 mg/m², melphalan 140 mg/m²).

en die zal worden/werd toegediend op ____/____/____;

of

busulfan groter of gelijk aan 4 mg/kg/dag, gedurende 4 opeenvolgende dagen, en die zal worden/werd toegediend op

____/____/____, ____/____/____, ____/____/____ en op ____/____/____,

en cyclofosfamide groter of gelijk aan 50 mg/kg/dag, gedurende 4 opeenvolgende dagen,

en die zal worden/werd toegediend op

____/____/____, ____/____/____, ____/____/____ en op ____/____/____.

Omwille van deze myeloablatieve behandeling acht ik het noodzakelijk dat deze patiënt een behandeling krijgt met KEPIVANCE 6,25 mg aan een dosis van 60 microgram per dag (met een maximum van 6 toedieningen (1/dag), waarvan maximaal 3 voor en drie na de myeloablatieve behandeling), om de incidentie, ernst en duur van orale mucositis te verminderen.

De huidige facturatie betreft de toediening (en) van KEPIVANCE

voor / na de myeloablatieve behandeling.

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

Op basis van de hierboven vermelde elementen, getuig ik, dat de toestand van deze patiënt de vergoeding van de specialiteit KEPIVANCE vereist.

III - Identificatie van de geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1-_____-_____-____ (RIZIV-nummer)

____/____/____ (datum)

(stempel)

.....(handtekening van de geneesheer)