

BIJLAGE A: Model van het formulier voor een eerste aanvraag

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit REMICADE voor de behandeling van ernstige colitis ulcerosa bij de volwassene (§ 3960000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

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

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of gastro-enterologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan ernstige colitis ulcerosa lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 3960000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden met betrekking tot de aanwezigheid van ernstige colitis ulcerosa gedefinieerd door een Mayo-score ≥ 6 punten waarvan een endoscopische subscore ≥ 2 punten:

Ik bevestig dat er een Mayo-score werd bekomen van □□ punten,
waarvan een endoscopische subscore van □□ punten,
op □□/□□ /□□□□ (datum van de evaluatie)

- Voorwaarden met betrekking tot een vroegere adequate behandeling van minstens 3 maanden met aminosalicylaten en minstens 3 maanden met corticoïden en/of immunosuppressiva, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie ervoor:

- Aminosalicylaats :

Naam :.....
Aanvangsdatum :.....
Startdosis :.....
Behandelingsduur :.....

Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen:
.....
.....

- Corticoïd :

Naam :.....
Aanvangsdatum :.....
Startdosis :.....
Behandelingsduur :.....

Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen:
.....
.....

- Immunosuppressivum :

Naam :.....
Aanvangsdatum :.....
Startdosis :.....
Behandelingsduur :.....

Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen:
.....
.....

- Voorwaarden met betrekking tot de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose, evenals de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose:

Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose bij deze patiënt overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist:

- Radiografie van de longen en Mantoux-test beide negatief;
- Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief: een eventuele actieve tuberculose is adequaat behandeld en een geneesheer-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt IV van dit formulier. Een eventuele latente tuberculose is thans sinds meer dan 4 weken adequaat behandeld, wat bevestigd wordt door een geneesheer-specialist in de pneumologie (zie punt IV).

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van een behandeling met de specialiteit REMICADE noodzakelijk is gedurende een beginperiode van maximum 4 maanden. Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van de vereiste verpakkingen nodig om de behandeling gedurende de eerste 4 maanden te verzekeren.

BIJLAGE B : Model van het formulier van aanvraag tot verlenging

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit REMICADE voor de behandeling van ernstige colitis ulcerosa bij de volwassene (§ 3960000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

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

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of gastro-enterologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling van ernstige colitis ulcerosa met de specialiteit REMICADE voor minstens 4 infusies.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken, na 3 infusies aanvalsbehandeling, door een daling van de Mayo-score met minstens 3 punten en door een daling van de rectale bloeding-subscore met minstens 1 punt tenzij de subscore 0 of 1 bedroeg, vergeleken met de aanvangswaarde in week 0.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit REMICADE voor maximum 12 maanden. Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling aan van de vereiste verpakkingen nodig om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren.

Ik weet dat het aantal terugbetaalbare verpakkingen rekening houdt met een dosering van 5 mg/kg per infusie om de 8 weken voor de onderhoudsbehandeling.

De vooropgestelde begindatum van de verlenging van de behandeling is: ____/____/____

Het gewicht van mijn patiënt is:

- _____ kg
- op ____/____/____ (datum waarop de patiënt gewogen werd)

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, RIZIVnummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____/____/____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)