

BIJLAGE A: model van gestandaardiseerd aanvraagformulier:

Aanvraagformulier voor vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 4280000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001

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

II – Elementen te bevestigen door de behandelde geneesheer

Ik ondergetekende, arts in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden noodzakelijk voor het verkrijgen van de specialiteit (naam van de specialiteit ingeschreven in § 4280000) zoals gesteld in punt a) van § 4280000 van hoofdstuk IV het K.B. van 21 december 2001:

Deze patiënt heeft inderdaad een Restless legs syndroom "RLS" gezien de vier essentiële criteria voor de diagnose van RLS vervuld zijn:

- onweerstaanbare dwang om de benen te bewegen,
- verergeren van de symptomen in rust,
- tijdelijke verbetering van de symptomen door activiteit,
- verergeren van de symptomen 's avonds of 's nachts.

Bovendien is de IRLS score volgens de internationale schaal voor het scoren van RLS meer dan 15, ondanks instellen van hygiëno-diëtische maatregelen gedurende minstens zes weken met name: stoppen van elke substantie die het RLS kan uitlokken of verergeren zoals nicotine, alcohol, cafeïne, elke dopamine antagonist.

Daarnaast is zijn serumferritine gehalte normaal en werden diabetes, een perifere neuropathie, anemie, een onregelmatig werk die kan interfereren met het slaap/waakritme, een belangrijke psychiatrische voorgeschiedenis of voorgeschiedenis van drugsgebruik, en zwangerschap uitgesloten en er is anamnestic en klinisch geen evidentie voor een andere neurologische aandoening noch voor een andere slaapstoornis zoals narcolepsie of slaapapnoe.

Ik weet dat de vergoedbare dosis beperkt is tot 0,54 mg pramipexol base per dag.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer met name de ingevulde IRLS vragenlijst die aldus aantonen dat de patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Het gaat om een **eerste aanvraag tot vergoeding** en op basis van voorgaande elementen attesteer ik dat de patiënt een terugbetaling van een specialiteit op basis van pramipexol nodig heeft voor een maximale periode van 4 maanden

OF

De behandeling is werkzaam gebleken en ik meen dat de **verlenging van vergoedbaarheid** medisch verantwoord is en dat de thans vereiste dosis

0, mg/dag (maximum 0,54 mg/dag) is

Ik vraag bijgevolg voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan de bovenvermelde dosis per dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de patiënt of indien de persoonlijke bijdrage van de patiënt voor meerdere mogelijke combinaties van verpakkingen dezelfde zou zijn, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen.

III – Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) in punt II hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)

(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)

Bijlage B : Model vragenlijst voor de IRLS score (§ 4280000) van hoofdstuk IV van het KB van 21-12-2001
 Model vragenlijst gebaseerd op de international evaluatieschaal van IRLS ontworpen door de internationale studiegroep ter bestudering van IRLS (IRLSSG), door de behandelend geneesheer ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer

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

--	--	--

II –SCORINGSSCHAAL Restless Legs

In het algemeen, over de laatste twee weken, hoe zou U uw ongemak van rusteloosheid in armen en benen omschrijven?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

In het algemeen, over de laatste twee weken, hoe zou U uw drang om te bewegen, omwille van uw symptomen van rusteloze benen?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

In welke mate, in het algemeen, over de laatste twee weken, verbeterde het ongemak ten gevolge van de rusteloosheid in armen en benen door te bewegen?

- Helemaal niet
- In beperkte mate
- Matig
- Volledig of bijna volledig
- Geen klachten gehad

Over de laatste week: Hoe erg was uw slaap gestoord door rusteloosheid in de benen?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

Over de laatste week: Hoe ernstig was uw vermoeidheid of slaperigheid overdag door uw rusteloosheid van armen en benen?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

Hoe ernstig was uw rusteloosheid in de benen over het algemeen over de laatste week?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

Hoe dikwijls over de laatste week had U symptomen van rusteloosheid in armen en benen?

- Zeer vaak: 6-7 dagen/week
- Vaak: 4-5 dagen/week
- Soms: 2-3 dagen week
- Occasioneel: 1 dag/week
- Nooit

Wanneer U symptomen had van rusteloosheid in armen en benen, hoe erg waren deze gemiddeld?

- Zeer ernstig: minstens 8 uur per 24 uur
- Ernstig: 3 tot 8 uur per 24 uur
- Matig: 1 tot 3 uur per 24 uur
- Mild: minder dan 1 uur per 24 uur
- Helemaal niet

Over het algemeen over de laatste week, hoe erg was de weerslag van de symptomen van rusteloosheid in de benen op uw dagelijks functioneren familiaal, thuis, op het werk of op school?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

Hoe erg was uw gemoed verstoord door uw symptomen van rusteloosheid in de benen: bij voorbeeld: angst, gedeprimeerd, droevig, prikkelbaar, kwaad?

- Zeer ernstig
- Ernstig
- Matig
- Mild
- Helemaal niet

De ernst van elke parameter wordt genoteerd op een schaal met vijf gradaties (0-4). De scores worden opgeteld en de totaalscore is hier dus 00.

III – Identificatie van de behandelend geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) en datum waarop de vragenlijst werd ingevuld door de behandelend geneesheer op basis van de anamnese van de rechthebbenden

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)