

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier:

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit SOLIRIS (§ 5100000 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 een arts-specialist verbonden aan een Centrum voor hematologie:

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan paroxismale nachtelijke hemoglobininurie (PNH), en dat hij voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 5100000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- Voorwaarden die betrekking hebben op de diagnosestelling, bevestigd door een flowcytometrie, die een kloon van hematopoëtische stamcellen van het type III \geq 10% aantoot ;
- Voorwaarden die betrekking hebben op het feit dat de patiënt minimum 4 transfusies gekregen heeft in de loop van de vorige 2 jaren.

Bovendien,

(indien de begunstigde reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit SOLIRIS bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 5100000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, ga meteen naar punt 2. hieronder)

1. Wat de precieze diagnose en klinische situatie van deze patiënt betreft, verklaar ik de volgende elementen:
 - a) het betreft de volgende diagnose: een patiënt met een paroxismale nachtelijke hemoglobininurie (PNH), gediagnosticeerd aan de hand van een flowcytometrie, die een kloon van hematopoëtische stamcellen van het type III \geq 10% aantoot.
 - b) het betreft een patiënt die zich bevindt in de volgende klinische situatie:

De patiënt heeft (minstens 4) transfusies gekregen in de loop van de 2 vorige jaren.

2. Wat mijn praktijk en de identificatie van het betrokken ziekenhuis aangaat:

Ik ben erkend voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie op basis van het ministerieel besluit van 18-10-2002 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, alsmede de stagemesters en stagediensten in de klinische hematologie (In bijlage aan het huidige aanvraagformulier, voeg ik een kopie van mijn erkenning voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie).

Ik ben sinds / / verbonden aan het hieronder vermeld ziekenhuis, ervaren in de behandeling van paroxismale nachtelijke hemoglobininurie:

Naam en volledig adres van deze hospitaaldienst zijn de volgende:
.....
.....
.....

En ik voeg in bijlage een attest van de hoofdarts en/of de verantwoordelijke van deze dienst, die deze aanstelling en data bevestigt, alsook het aantal patiënten vermeldt met een paroxismale hemoglobininurie die gevolgd worden door zijn dienst in de voorbije 12 maanden.

3. Identificatie van een ziekenhuisapotheker verbonden aan dit ziekenhuis:
 Naam en voornaam:

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is: 7.10 - - -
Adres:.....
.....
.....

Ik verbind me ertoe aan de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Op basis van de bovenvermelde gegevens en op basis van het feit dat:

- het een eerste aanvraag betreft (*) voor toelating van vergoeding bij een patiënt die nog niet behandeld is met de specialiteit SOLIRIS (ik voeg in bijlage een gedetailleerd medisch rapport en het cytometrisch protocol toe);
- het een aanvraag tot verlenging van vergoeding betreft van de specialiteit SOLIRIS, want deze patiënt heeft reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit SOLIRIS bekomen op basis van de voorwaarden van § 5100000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, waarbij de vorige toegestane periode afgelopen is. Ik meen dat deze behandeling met de specialiteit SOLIRIS moet verder gezet worden (in bijlage voeg ik een verslag van de evolutie toe, in het bijzonder vermeld ik de klinische presentaties, eveneens de motivatie om de behandeling verder te zetten en de evolutie van de transfusies),

ik bevestig dat deze patiënt een vergoeding gedurende 12 maanden dient te verkrijgen met de specialiteit SOLIRIS met een maximale posologie van 600 mg/week tijdens de initiële fase van de behandeling en 900 mg/2 weken tijdens de onderhoudsfase.

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV nummer)

(* In bijlage aan het huidige aanvraagformulier, voeg ik een gedetailleerd medisch rapport toe waarin op chronologische wijze de vroegere en recente evolutie van de aandoening wordt beschreven (inbegrepen andere antecedenten, klinisch onderzoek, oorsprong van de vroegere en huidige toegediende behandeling(en)), vroeger en actueel , alsook de huidig voorgestelde behandeling vergezeld van het cytometrisch protocol die toelaat om de geattesteerde elementen in punt II hierboven te bevestigen.

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)