BIJLAGE B: Model van het formulier van aanvraag tot verlenging

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit op basis van ustekinumabvoor de onderhoudsbehandeling van colitis ulcerosa bij de volwassene (§ 10240000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018).

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

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

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro enterologie of interne geneeskunde en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling van ernstige colitis ulcerosa met de specialiteit op basis van ustekinumab

□ **Eerste verlenging**

Ik bevestig dat de aanvangsbehandeling doeltreffend is, aangetoond door een daling van de Mayo-score (schaal 0-12 punten) met minstens 3 punten en door een daling van de rectale bloeding-subscore (schaal 0-3 punten) met minstens 1 punt – tenzij de subscore 0 of 1 bedroeg – vergeleken met de aanvangswaarde op week 0.
Aanvangswaarden van de Mayo-score □ □ en de subscore rectale bloedingen □ op week 0
Huidige waarden van de Mayo-score □ □ en de subscore rectale bloedingen □ op week 20

Op basis hiervan heeft de patiënt een terugbetaling nodig van de spuit van 90-mg voor maximum 52 weken

Het aantal verpakkingen waarvoor ik de terugbetaling vraag houdt rekening met een nuttige toedieningsfrequentie van éénmaal om de 8 of 12 weken:
□ maximum 6 verpakkingen

Of

□ **Latere verlenging**

Ik bevestig dat de onderhoudsbehandeling klinisch doeltreffend gebleven is en dat de waarde van de rectale-bloedingsscore niet stijgt:

Waarde van de subscore rectale bloedingen op week 20 :□
Huidige waarde van de subscore rectale bloedingen: □

Het aantal verpakkingen waarvoor ik de terugbetaling vraag houdt rekening met een nuttige toedieningsfrequentie van éénmaal om de 8 of 12 weken:
□ maximum 6 verpakkingen

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging van de terugbetaling nodig van de spuit van 90 mg voor maximum 52 weken

Ik verbind me ertoe om de verdere behandeling met de specialiteit op basis van ustekinumab te stoppen indien de klinische verbetering zich niet meer voordoet, gemeten door een verhoging van de subscore rectale bloeding.

Bovendien verbind ik me ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevidt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

III – Identificatie van de arts-specialist verantwoordelijk in de gastro-enterologie of interne geneeskunde:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) ..... (handtekening van de arts)