

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker.

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit SUTENT (§ 5960000 van hoofdstuk IV van het K.B. 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 medische oncologie of gastro-enterologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist

in de medische oncologie

of

in de gastro-enterologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie,

verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) en punt b) van § 5960000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van SUTENT bij deze patiënt allen voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder:

III – Toestand van de patiënt die de toediening van SUTENT momenteel nodig maakt (vul de passende vakjes in):

Ik verklaar dat het om een patiënt gaat die lijdt aan een niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumor van de pancreas die een ziekteprogressie vertoont.

Ik beschik in mijn dossier over het rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC), daterend van ____ datum bij de welke de behandeling met SUTENT beslist werd.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhangt van het uitvoeren, om de 12 behandelingsweken of vroeger indien de klinische situatie dit vereist van een klinische evaluatie met onder andere een medische beeldvorming door middel van een CT-scan of een NMR.

Ik verklaar dat het om een eerste periode van 12 weken behandeling gaat die op ____ gestart werd met een klinische evaluatie met een CT-scan of een NMR die dus een eerste keer op ____ werd uitgevoerd.

ik verklaar dat deze patiënt al ten minste één periode van 12 weken behandeling heeft gekregen en dat de vorige klinische evaluatie, met name met een CT-scan of een NMR , die op ____ werd uitgevoerd, aantoonde dat de behandeling dient verder gezet te worden gezien de patiënt er een klinisch voordeel mee ervaart. Aangezien de behandeling verder gezet wordt, is de volgende klinische evaluatie voorzien ten laatste op ____ (= + 12 weken).

Daarenboven, verbind ik mij ertoe om de behandeling met SUTENT te stoppen in geval er zich, ondanks de behandeling, een progressie van de ziekte voordoet ten opzichte van de vorige evaluatie en om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, met name het evolutierapport (minstens om de 12 weken opgesteld en die, op medisch vlak, de voortzetting van de behandeling verantwoordt), de protocollen van de medische beeldvorming evenals het hierboven vermelde rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC).

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit SUTENT nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 37,5 mg/dag tot 50 mg/dag.

IV – Identificatie van de geneesheer-specialist in medische oncologie of in de urologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

- _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)