

Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van etanercept ingeschreven in S 10390000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van ernstige plaque psoriasis bij rechthebbenden van minstens 6 jaar en jonger dan 17 jaar oud.

[illegible]

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie, met ervaring op het gebied van systemische behandeling van psoriasis bij kinderen en adolescenten, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 6 jaar en jonger dan 17 jaar oud is, aan ernstige plaque psoriasis lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 10390000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

- Adequate topische behandeling gedurende minstens 3 maanden,
- Adequate fototherapie (adequate behandeling met fotochemotherapie of fototherapie met UVA en/of UVB), van / / tot / / (datum van laatste behandeling),
- Methotrexaat in een minimale dosis van 15 mg/week of 0,2 - 0,4 mg/kg/week gedurende minstens 3 maanden, van / / tot / / (datum van laatste behandeling)
- Cyclosporine in een minimale dosis van 2,5 mg/kg gedurende minstens 2 maanden, van / / tot / / (datum van laatste behandeling).

☐ Radiografie van de longen en Mantoux test: beiden negatief;
☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux test positief: een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een arts-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt IV van dit formulier. Een eventuele latente TBC geeft aanleiding tot een adequaat werkende behandeling die sinds 4 weken werd opgestart, bevestigd door een arts-specialist in de pneumologie (zie IV).

☐ maximaal 6 verpakkingen van (naam van de specialiteit op basis van etanercept ingeschreven in § 10390000) 4 x 25 mg.
of
☐ maximaal 3 verpakkingen van (naam van de specialiteit op basis van etanercept ingeschreven in § 10390000) 4 x 50 mg (enkel geldig bij rechthebbenden met een lichaamsgewicht van 62,5 kg of meer).

Aangezien de machtiging tot vergoeding verstrijkt na de 12^{de} week indien de rechthebbende geen vermindering van zijn PASI-score met minstens 50% vertoont vergeleken met de klinische toestand vóór de instelling van de behandeling, verbind ik mij ertoe de behandeling niet na de 12^{de} week voort te zetten indien ze niet doeltreffend blijkt.

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

Ik verbind me er tevens toe, als deze rechthebbende de vergoeding van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan het college van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken rechthebbende mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt g) van § 10390000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

III. Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld

(naam)

(voornaam)

1 - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV. (Indien van toepassing) Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie:

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt:

- ☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief.
- ☐ Ik bevestig hierbij dat hij een adequate tuberculostatica behandeling kreeg:
 - Met..... (toegediende anti-tuberculose behandeling)
 - Sinds (datum van aanvang)
 - Gedurende weken (duur van de behandeling)

- ☐ Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende.
- ☐ Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente TBC de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose gevolgd worden.

V. Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

(naam)

(voornaam)

1 - - (RIZIV n°)

/ / (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)