

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van natriumzirkoniumcyclosilicaat voor de behandeling van chronisch hyperkaliëmie bij volwassene chronisch gedialyseerde of predialyse rechthebbende (§10860200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

[illegible]

Ik ondergetekende, arts-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is, chronisch gedialyseerd of in predialyse wordt en aan chronische hyperkaliëmie lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 10860200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

- ⊐ Chronisch nierlijden in predialyse met stadium 5 met een eGFR <15 ml/min/1,73m² en recidiverende hyperkaliëmie van >5,1 mEq/l, OF
- ⊐ Chronische dialyse, EN
 - ⊐ Recidiverende hyperkaliëmie van >5,4 mEq/l na lange interdialyse intervallen en/of van >5,0 mEq/l na korte interdialyse intervallen, ondanks een kaliumarm dieet en de correctie van een eventuele metabole acidose, EN
 - ⊐ Onvoldoende effect van het gebruik van adaptatie van de dialysaat samenstelling, EN
- ⊐ Geen voorgeschiedenis van darmobstructie of ingrijpende gastro-intestinale chirurgie, ernstige gastro-intestinale aandoeningen of slikstoornissen, EN
- ⊐ De serum kaliumspiegel bij de start van de behandeling is niet hoger dan 6,5 mEq/l.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de terugbetaling van een behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van natriumzirkoniumcyclosilicaat noodzakelijk is gedurende een beginperiode van maximum 6 maanden. Ik vraag dus voor de rechthebbende de terugbetaling aan van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende de eerste 6 maanden te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met:

- ☐ de vooropgestelde begindatum van de behandeling:
- ☐ een maximale posologie van 15g per dag op niet-dialyse dagen

..... verpakkingen van 3 zakjes 10g EN/OF

..... verpakkingen van 30 zakjes van 10g

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

 / / (datum)

--

(stempel)

(handtekening van de arts)