

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van relugolix, estradiol (hemihydrate) en norethisteronacetaat voor de behandeling bij een vrouw vanaf 18 jaar in de vruchtbare leeftijd met als doel de vruchtbaarheid te behouden (§11520000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018)

[illegible]

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gynaecologie, verantwoordelijk voor de behandeling, verzoek de adviserend arts om de vergoeding van 9 verpakkingen van 84 tabletten van deze specialiteit toe te staan voor een maximale periode van 108 weken, voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van uterine myomen bij een vrouw vanaf 18 jaar in de vruchtbare leeftijd met als doel de vruchtbaarheid te behouden;

- ☐ Het gaat om een eerste machtigingsaanvraag:
De rechthebbende heeft nog geen vergoeding genoten van deze specialiteit.
- ☐ Het gaat om een éénmalige vernieuwing van de machtiging:

Ik bevestig dat deze rechthebbende een eerste machtiging tot vergoeding voor 108 weken heeft ontvangen op basis van de bepalingen in §11520000. Ik bevestig de doeltreffendheid* van deze specialiteit bij de betrokken rechthebbende alsook het opnieuw optreden van de situatie beschreven in de volgende alinea.

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende ten minste 18 jaar oud is en in de vruchtbare leeftijd is met minstens 1 myoom en dat ze als gevolg van deze aandoening lijdt aan matige tot ernstige symptomen:

- ⊣ menorrhagie (> 120ml menstrueel bloedverlies) aangetoond door een totale PBAC score** gedurende één menstruele cyclus van meer dan 150. (**PBAC score: zie Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol. 1990Aug;97(8):734-9. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1990.tb16249.x/abstract>)
- ⊣ En/of dysfunctionele pijn

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

Lk verbind mij ertoe de vergoede behandeling niet voort te zetten na de eerste verpakking van 84 tabletten indien deze niet doeltreffend* is.
(*doeltreffendheid: geen episodes van hevig bloeden en een maximum van 8 dagen bloeden, spotting niet inbegrepen)

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (naam)
 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (voornaam)
 [1] - [] [] [] [] - [] [] - [] [] [] [] (n° RIZIV)
 [] [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] [] (datum)

--

(stempel)

(handtekening van de arts)