BIJLAGE A : Aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van vancomycine, ingeschreven in §12040000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB 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,
- ☐ arts specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische infectiologie,
- ☐ arts-specialist in de geriatrie
- ☐ arts-specialist in de inwendige geneeskunde

en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan matige tot ernstige, toxine positieve Clostridioides Difficile infectie en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) van §12040000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018 :

- De rechthebbende heeft in de afgelopen 24 uur ten minste drie episoden van waterige diarree vertoond.
- De rechthebbende heeft een aangetoonde toxine producerende Clostridioides Difficile infectie zoals aangetoond door een positieve NAAT test OF een positieve immuno assay voor C.Diff. toxine A en/of B.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, alsook het verslag van de positieve diagnostische test ter beschikking te houden van de adviserend arts op eenvoudig verzoek.

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding noodzakelijk is gedurende een periode van 10 dagen met eventuele herbehandeling van een recidief binnen 90 dagen van de aanvraag van de vergoeding.

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

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

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

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