**BIJLAGE A: Model van het formulier van aanvraag tot verlenging**

Aanvraagformulier voor de verlenging van de vergoeding van farmaceutische specialiteit op basis van secukinumab 300 mg voor de behandeling van matige tot ernstige hidradenitis suppurativa bij de volwassene (§ 12470200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)**

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

**II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de dermatologie :**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie met ervaring op het gebied van de behandeling van hidradenitis suppurativa, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende die minstens 18 jaar oud is, reeds vergoeding heeft verkregen voor een behandeling met secukinumab 300 mg op basis van de vergoedingsvoorwaarden vermeld in § 12470100 van hoofdstuk IV die op deze van toepassing zijn, gedurende minstens 16 weken voor de behandeling van matige tot ernstige hidradenitis suppurativa.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken, na 16 weken en nadien telkens na nieuwe perioden van maximum 6 maanden, door een vermindering van de HiSCR score met minstens 50% (gedefinieerd als een daling van minstens 50 % in het totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen), geen stijging van het aantal abcessen en geen stijging van het aantal producerende fistels) vergeleken met de aanvangswaarde vóór de behandeling.

Waargenomen verbetering van de HiSCR score:

| | | (A) | (B) | (A-B) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Aantal bij begin behandeling | Aantal na een behandeling van 16 weken/nieuwe periode van 6 maanden (= vandaag) | Verschil | Responscriteria HiSCR |
| (1)+ (2) | Totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen) | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | Verschil/begin (A – B)/(A) ≥ 0,5 □ |
| (1) | Aantal abcessen | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | Verschil (A – B) ≥ 0 □ |
| (2) | Aantal inflammatoire nodulen | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | |
| (3) | Aantal producerende fistels | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | ⊔⊔⊔⊔ | Verschil (A – B) ≥ 0 □ |

Ik bevestig dat ik foto's met betrekking tot de verbetering van de HiSCR score na 16 weken, en nadien telkens na nieuwe perioden van maximum 6 maanden, ter beschikking houd van de adviserend-arts in het medisch dossier van de rechthebbende.

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van secukinumab 300 mg gedurende een nieuwe maximumperiode van 6 maanden.
Ik vraag voor de rechthebbende de vergoeding van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 6 maanden te verzekeren, hieronder vermeld wordt, rekening houdend met:

- de vooropgestelde begindatum van de verlenging van de behandeling:⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔

- de dosering van 300 mg maandelijks toegediend, wat het totaal aantal nodige verpakkingen brengt op:

- ⊔ ⊔ verpakkingen van 3 voorgevulde pennen van secukinumab 300 mg (maximum 2)

  Of

  ⊔ ⊔ verpakkingen van 1 voorgevulde pen van secukinumab 300 mg (maximum 6)

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.

Ik verbind me er tevens toe, als de 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 e) van § 12470200 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)