

6-mercaptopurine of azathioprine :

Naam :
Aanvangsdatum :
Startdosis :
Behandelingsduur :
Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen :
.....

Biologisch geneesmiddel :

Naam :
Aanvangsdatum :
Startdosis :
Behandelingsduur :
Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen :
.....

Specialiteit op basis van tofacitinib, filgotinib, upadacitinib of ozanimod :

Naam :
Aanvangsdatum :
Startdosis :
Behandelingsduur :
Indien van toepassing, de elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen :
.....

Op basis hiervan heeft de rechthebbende een verlenging nodig van de vergoeding van de verpakking van etrasimod 2 mg – 98 tabletten voor maximum 52 weken. Het aantal verpakkingen waarvoor ik de vergoeding vraag, houdt rekening met een posologie van maximum 2 mg éénmaal daags :

Maximum 4 verpakkingen van etrasimod 2 mg – 98 tabletten.

De voorziene datum van verlenging van de behandeling is op / / .

Ik verbind me ertoe om de verdere behandeling met deze specialiteit te stoppen indien de klinische verbetering zich niet meer voordoet, gemeten door een verhoging van de subscore rectale bloeding.

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

III - Identificatie van de arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde :

(naam)

(voornaam)

- - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)