

Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van adalimumab voor de ziekte van Crohn bij de volwassene (§ 4550000 van hoofdstuk IV van bijlage I van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde volwassen rechthebbende lijdt aan een ernstige vorm van de ziekte van Crohn die onvoldoende reageert op conventionele therapie en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 4550000 van hoofdstuk IV van Bijlage I van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 1918:

De rechthebbende vertoont of heeft vertoond een ernstige opstoot ondanks een optimale behandeling met een corticosteroïd en/of een immunosuppressivum gedurende minstens drie maanden, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of reële contra-indicatie hiervoor.

- Corticoïd :

Naam :
 Startdatum :
 Initiële dosis :
 Behandelingsduur :
 Indien van toepassing, elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen :

- Immunosuppressivum :

Naam :
 Startdatum :
 Initiële dosis :
 Behandelingsduur :
 Indien van toepassing, elementen die de intolerantie of de contra-indicatie aan de behandeling aantonen :

Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutionaire tuberculose bij deze rechthebbende overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist:

- ☐ Radiografie van de longen en Mantoux-test beide negatief;
- ☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief: een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een arts-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt IV van dit formulier. Een eventuele latente TBC geeft aanleiding tot een adequate tuberculose-profylaxe die sinds minstens 4 weken wordt ingenomen en bevestigd door een arts-specialist in de pneumologie (zie IV).

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van een remissie-inductiebehandeling met 2 verpakkingen van een specialiteit ingeschreven in § 4550000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 (= 4 voorgevulde pennen of voorgevulde spuitn van adalimumab 40 mg) noodzakelijk is om de 12 weken van de inductiebehandeling te omvatten en af te sluiten.

Ik bevestig dat de rechthebbende tevoren gratis van de firma een aantal verpakkingen van de specialiteit, conform de posologie zoals vermeld in de SKP voor de inductiefase, heeft ontvangen om de inductiefase voor remissie te starten op week 0 en week 2 van deze 12 weken durende inductiefase.

Ik verbind me er toe de toediening van de specialiteit niet voort te zetten indien er zich geen klinische verbetering van de symptomen bij de rechthebbende voordoet gedurende de inductiebehandeling vanaf de start van toedieningen met gratis verpakkingen ter beschikking gesteld door de firma.

Ik bevestig dat er door de voorgaande gratis toedieningen bij de rechthebbende al een klinische verbetering in termen van minder symptomen is opgetreden.

Ik verbind me er toe de toediening van de specialiteit niet voort te zetten indien er zich geen verdere klinische verbetering noch remissie van de inflammatoire opstoot voordoet gedurende de 12 weken inductiefase.

Daarenboven verbind ik me ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de betrokken rechthebbende zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts .

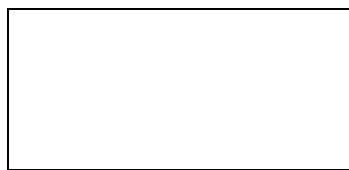
III – Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV – (Indien van toepassing)

• Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie:

Ik, ondergetekende, arts-specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt:

☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief

☐ Ik bevestig hierbij dat deze rechthebbende een adequate tuberculostaticabehandeling kreeg tegen actieve tuberculose, met name:

- Met..... (toegediende tuberculostatica)

- Sinds ____/____/____ (datum van aanvang)

- Gedurende ____ maanden (duur van de behandeling)

☐ Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende

☐ Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente tuberculose heden de nodige profylaxe ter voorkoming van reactivatie sinds meer dan 4 weken ingenomen wordt.

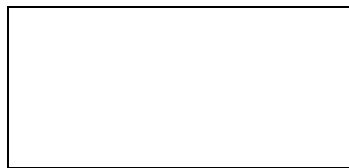
• Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

V – Ontvangstbewijs van de rechthebbende voor een gratis verpakking :

Ik, ondergetekende, geïdentificeerd onder punt I hierboven, bevestig dat ik gratis een aantal verpakkingen van de specialiteit, conform de posologie zoals vermeld in de SKP voor de inductiefase, vooraf gekregen heb.

____/____/____ (DATUM)

..... (HANDTEKENING rechthebbende)