

Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van de specialiteit op basis van Teriparatide bij ernstige glucocorticoïden-geïnduceerde osteoporose bij een vrouw of een man (§ 6140000, hoofdstuk IV van het K.B. van 01 februari 2018).

_____ (Naam)

| (Voornaam)

| (V.I)

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de reumatologie, in fysiotherapie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan ernstige glucocoricoïden-geïnduceerde osteoporose (bij langdurige (meer dan 6 maanden) behandeling met een dagelijkse dosis van minstens 7,5 mg prednison of equivalent, toegediend in het kader van een wetenschappelijk erkende indicatie), en tegelijk voldoet aan alle volgende voorwaarden :

- Een voorafgaande behandeling van minstens 12 maanden met een bifosfonaat, en ;
- Op het moment van de aanvang van de behandeling met de specialiteit op basis van Teriparatide, een T-score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke of mannelijke referentiepopulatie (afhankelijk of het een vrouw of een man betreft) van $< -2,5$ ter hoogte van de lumbale wervelzuil (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie en ;
- Minstens één wervelfractuur gedefinieerd door een vermindering van minstens 25 % en van minstens 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor-of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek.

Ik bevestig dat de rechthebbende een verslechtering van zijn osteoporose vertoont.

Ik voeg bij de huidige aanvraag het protocol van de radiologie als ook het verslag van absorptiometrie.

Op basis van deze elementen, verzoek ik de adviserende arts de vergoeding van de specialiteit op basis van Teriparatide 20 microgram per dag gedurende een periode van 9 maanden, wat overeenkomt met 10 verpakkingen, toe te staan.

De rechthebbende lijdt aan ernstige osteoporose zoals hierboven gedefinieerd.

En is behandeld geweest met een bifosfonaat: (naam specialiteit).

Gedurende de volgende periode : van (datum) tot (datum).

Ik wens de behandeling te veranderen en vraag de overschakeling naar de specialiteit op basis van Teriparatide.

III - Identificatie van de arts-specialist in de reumatologie, in fysiotherapie of inwendige geneeskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :

_____ (Naam)

| (Voornaam)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (N° RIZIV)

| | | / | | | / | | | | (Datum)

--

(Stempel)

.....

(Handtekening van de arts).