

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit EZETROL (§ 8330100 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik, ondergetekende, dokter verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de patiënt hierboven vermeld de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8330100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit Ezetrol:

- ☐ behandeling in monotherapie van een familiale hypercholesterolemie.

De patiënt vertoont een intolerantie of een contra-indicatie aan statines en

- ☐ ofwel een heterozygote familiale hypercholesterolemie met een score hoger dan 8 punten op de score DutchLipidClinical Network clinical criteria for diagnosis of HeFH.

Voor het geval dat het niet behandelde LDL-C gehalte niet gekend is, kan deze geschat worden dankzij het vermenigvuldigen van het behandelde LDL-C gehalte met correctiefactoren die beschreven zijn door (Haralambos et al Atherosclerosis 2015; 240: 190-196)

- ☐ ofwel een homozygote familiale hypercholesterolemie omschreven door een patiënt met :

- ☐1. Ofwel een positieve genetische typering; OF

- ☐ 2.1. ofwel xanthomen voor de leeftijd van 10 jaar;
- ☐ 2.2. ofwel een bewijs dat beide ouders voldoen aan de criteria voor de patiënten met een ernstig heterozygote familiale hypercholesterolemie zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit voor dit type patiënten.

- ☐ ofwel een ander dyslipidemie van genetische aard aangetoond door de aanwezigheid van een zeer hoog gehalte totaal cholesterol (> 300 mg/dl) met of zonder hypertriglyceridemie, vastgesteld op minstens 2 resultaten ondanks een goed opgevolgd dieet en vroegtijdige cardiovasculaire antecedenten mannen < 55 jaar. Vrouwen voor 60 jaar)

- ☐
- behandeling van familiale hypercholesterolemie in associatie met een statine

De patient vertoont een familiale hypercholesterolemie waarvoor hij al een terugbetaling heeft verkregen van een statine in categorie A conform de voorwaarden van de paragraaf met betrekking tot dat statine.

Ondanks een behandeling van tenminste 3 maanden met dat statine, gebruikt in monotherapie aan de meest werkzame en tegelijk best verdragen dosis voor deze patiënt, blijft het gehalte LDL-cholesterol hoger dan 115 mg/dl (100 mg/dl in geval van antecedenten van een acuut coronair syndroom of van diabetes :

- ☐ 2.1. Diabetes type 2 als de patiënt ouder is dan 40 jaar
- ☐ 2.2. Diabète type 1 als er microalbuminurie aanwezig is

Ik beschik over een voorafgaand advies van een arts-specialist in de inwendige geneeskunde of in de cardiologie dat de noodzaak van deze bi-therapie bevestigt

Ik weet dat er voor het aantal vergoedbare verpakkingen rekening wordt gehouden met de maximale posologie overeenkomstig de bepalingen die in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP).

Ik verbind mij ertoe de impact van de behandeling na te gaan door jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, waarvan melding zal gemaakt worden in zijn/haar medisch dossier.

Ik houd de bewijsstukken die de hierboven geattesteerde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat deze patiënt de terugbetaling dient te verkrijgen van Ezetrol.

III - Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, n° RIZIV)

| (naam)

_____ (voornaam)

1 - - - - - (RIZIV n°)

□□ / □□ / □□□□ (datum)

--

.....

(handtekening van de arts)