

Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van tofacitinib in geschreven in § 9840100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 voor de behandeling van colitis ulcerosa bij de volwassene.

[illegible]

Ik, ondergetekende arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan een ernstige colitis ulcerosa lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in § 9840100 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

- Behandeling van ernstige colitis ulcerosa bij de volwassene, ondanks een adequate behandeling van minstens 3 maanden met aminosalicylaten en minstens 3 maanden met corticoïden en/of 6-mercaptopurine of azathioprine EN ondanks een voorafgaandelijke optimale behandeling van minstens 3 maanden met een TNF alfa antagonist en/of een andere biologisch geneesmiddel of met een specialiteit op basis van filgotinib, upadacitinib of ozanimod, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of contra-indicatie ervoor.
- Afwezigheid van een geschikt therapeutisch alternatief indien het een rechthebbende betreft boven 65 jaar, die rookt of met een voorgeschiedenis van roken, met andere cardiovasculaire risicofactoren of met andere risicofactoren voor maligniteit.
- Het risico van een behandeling met de rechthebbende werd besproken voor de start van de behandeling, inclusief het risico op myocardinfarct, longkanker en lymfoom.
- Aanwezigheid van ernstige colitis ulcerosa gedefinieerd door een Mayo score van ≥ 6 punten (schaal 0-12 punten) en waarvan de endoscopische subscore ≥ 2 punten bedraagt :
 - Ik bevestig dat op ____/____/____ (datum van de evaluatie), de bekomen Mayo score punten bedraagt, als optelsom van de 4 sub-scores, elk met een schaal van 0-3 punten :
 - Sub-score rectale bloedingen: punten.
 - Sub-score stoelgangsfrequentie: punten.
 - Sub-score globaal welbevinden van de rechthebbende: punten.
 - Endoscopische sub-score: punten.
- Vroegere behandeling :

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

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

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

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

.....

Versie geldig vanaf 01.07.2024