

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité ESMYA pour le traitement pré-opératoire des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins (§ 6670000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin spécialiste en gynécologie:

Je soussigné, médecin spécialiste en gynécologie, certifie que les conditions figurant au §6670000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ESMYA chez cette patiente sont toutes remplies, car ce traitement a été prescrit pour la situation attestée au point III ci-dessous:

III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de ESMYA :

J'atteste qu'il s'agit d'un traitement pré-opératoire des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins dans un des cas suivants :

☐ une hystérectomie chez une patiente atteinte d'anémie ferriprive démontrée

OU

☐ une myomectomie laparoscopique ou laparotomique d'un fibrome utérin de type 3 (contact avec l'endomètre et 100% intramural), type 4 (intramural), type 5 (subsérosal et ≥50% intramural) ou type 6 (subsérosal et <50% intramural) selon la classification FIGO*.

**Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gyn Obst 113 (2011) 3–13*

J'atteste qu'il s'agit d'une femme préménopausée entre 18 à 50 ans qui présente un score total de PBAC (pictorial blood assessment chart) au cours d'un cycle menstruel de plus de 150 (ménorragie, ≥ 120ml perte de sang mensuelle).

(score PBAC: voir Appendix ii dans: *Inherited Bleeding Disorders in Women. Edited by Lee CA, Kadir RA and Kouides PA (2009). Blackwell Publishing Ltd; p. 186-187. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444303490.app2/pdf>).*

J'atteste que la taille des fibromes est d'au moins 3cm et au maximum 10cm.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attesté.

IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)