ANNEXE A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

1 - (n° INAMI)

_____ / _____ / _____ (date)

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité FIRAZYR prescrite dans le traitement symptomatique des crises aiguës d'angio-œdème héréditaire de type I et II chez l'adulte (§ 5740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I Idantification du bénéficione (nom ménom NO d'affiliation) .				
<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :</u>				
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste responsable du traitement, soit un médecin spécialiste :				
Je soussigné, médecin spécialiste, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité FIRAZYR chez ce patient sont toutes remplies, vu que cette administration a été réalisée dans la situation attestée au point III ci-dessous :				
III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de FIRAZYR (cochez les cases appropriées) :				
J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte atteint d' angio-œdème héréditaire (AOH) ⊔ de type I Ou ⊔ de type II				
Le diagnostic d'angio-œdème héréditaire a été établi sur base de - la présentation clinique des poussées récidivantes d'angio-œdème,				
et - une activité plasmatique de l'inhibiteur de la C1-estérase qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et				
- un taux plasmatique de C4 qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et				
- le contrôle de l'anamnèse familiale.				
J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du Firazyr, et est exclusivement destiné à être utilisé pour le traitement d'une seule crise aiguë d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH).				
Je sais que la posologie maximale est de 3 injections de FIRAZYR 30 mg par 24 heures et de maximum 8 injections de FIRAZYR 30 mg par mois.				
Je m'engage à fournir au médecin-conseil si nécessaire les éléments de preuve démontrant que les conditions ci-dessus sont rencontrées.				
Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point e) du § 5740000 du chapitre IV de l'annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001.				
Je sais que le remboursement simultané de Firazyr avec une des spécialités appartenant au groupe de remboursement B-192 pour le traitement de la même crise aiguë d'angio-œdème héréditaire de type I et II n'est jamais autorisé.				
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité FIRAZYR.				
IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI):				
(nom)				

(cachet)	 (signature du médecin)