

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van de specialiteit ENBREL bij matige tot ernstige plaque psoriasis bij de volwassene (§ 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

[illegible]

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist voor dermatologie-venereologie, met ervaring op het gebied van de systemische behandelingen van psoriasis, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt minstens 17 jaar oud is, aan matige tot ernstige plaque psoriasis lijdt, en tegelijk aan alle voorwaarden voldoet gesteld in punt a) van § 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- Voorwaarden betreffende een lichaamsoppervlak gedefinieerd door een BSA > 10% of een PASI > 10, ondanks een eerdere adequate behandeling die, tenzij vastgestelde en gedocumenteerde intolerantie of gedocumenteerde bestaande contra-indicatie ervoor, alle volgende systemische behandelingen omvatte:
 1. Adequate PUVA-therapie:
van / / tot / / (datums van laatste behandeling),
 2. Methotrexaat in een minimale dosis van 15 mg/week gedurende minstens 3 maanden
van / / tot / / (datums van laatste behandeling),
 3. Ciclosporine in een minimale dosis van 2,5 mg/kg gedurende minstens 2 maanden
van / / tot / / (datums van laatste behandeling).
- Ik bevestig dat de ernst van de plaque psoriasis waaraan de patiënt lijdt aan de volgende criteria voldoet:
BSA = % en/of PASI ≥ 10
De vereiste score(s) werd(en) vastgesteld op / / (datum van het onderzoek)

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling noodzakelijk is van een behandeling met de specialiteit ENBREL gedurende een beginperiode van 24 weken. Ik vraag dus voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende de eerste 24 weken te verzekeren hieronder vermeld wordt, rekening houdend met de aanbevolen dosis van 25 mg tweemaal per week, of van 50 mg één keer per week, wat overeenstemt met:

□□ verpakkingen van Enbrel 4 x 25 mg (maximum 12 gemachtigde verpakkingen)

Of

□□ verpakkingen van Enbrel 4 x 50 mg (maximum 6 gemachtigde verpakkingen)

Aangezien de machtiging tot terugbetaling verstrijkt na de 24ste week van de behandeling indien de patiënt geen vermindering van zijn PASI-score met minstens 50% vertoont vergeleken met de klinische toestand vóór de instelling van de behandeling, verbind ik mij ertoe de behandeling niet na de 24ste week voort te zetten indien ze niet doeltreffend blijkt.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Ik verbind mij er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit verkregen zal hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens betreffende de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt f) van § 3510000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

III - Identificatie van de geneesheer-specialist voor dermatologie-venereologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (naam)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (voornaam)
 1-UUUUUU-uu-uuu (N° RIZIV)
 uu/uu/uuuu (Datum)

(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN
DE GENEESHEER)