Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 5790100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste affilié au centre SI (Soins Intensifs):
Je soussigné, docteur en médecine,
⊔ médecin spécialiste affilié au centre NIC (Soins Intensifs en Néonatologie)
certifie que les conditions figurant au § 5790100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité NOXAP chez ce patient sont toutes remplies.
III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de NOXAP (cochez les cases appropriées):
J'atteste qu'il s'agit d'un nouveau-né ventilé d'âge gestationnel de ≥ 34 semaines, présentant une détresse respiratoire hypoxémiante associée à des signes cliniques ou échocardiographiques d'hypertension artérielle pulmonaire, et que les conditions suivantes son remplies :
⊔ administrée dans une service de soins intensifs néonatals reconnu Et
⊔ la prescrition a été faite par un spécialiste en néonatologie et
⊔ administrée uniquement après optimalisation de l'assistance respiratoire, comprenant l'utilisation de surfactant
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité NOXAP er tenant compte d'une posologie et d'une durée du traitement maximale de :
<u>ц</u> 20 ppm
et ⊔ 96 heures
Les conditionnements utilisés pour le traitement (le remboursement des différents conditionnements peut être cumulé par patient traité) :
⊔ NOXAP 800 ppm, 2 litres (maximum 1 cylindre remboursé) ou
⊔ NOXAP 200 ppm, 10 litres (maximum 1 cylindre remboursé)
ou ⊔ NOXAP 200 ppm, 20 litres (maximum 1 cylindre remboursé)
ou ⊔ NOXAP 800 ppm, 10 litres (maximum 2 cylindres remboursés)
ou ⊔ NOXAP 800 ppm, 20 litres (maximum 1 cylindre remboursé)
IV – Identification du médecin spécialiste en néonatologie affilié au centre NIC (Soins Intensifs en Néonatologie) (nom, prénom adresse, N°INAMI):
1 - - (n° INAMI)
/
(cachet) (signature du médecin)

ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :