

**ANNEXE A : Formulaire de demande (§6100000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001) à l'attention du pharmacien hospitalier**

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :**

Nom: .....

Prénom: .....

N° d'affiliation : .....

**II. Eléments à attester par le médecin-spécialiste attaché à un centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose pour une première période de six mois de remboursement:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

☐ pédiatrie

☐ pneumologie

attaché à un centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose depuis le .. / .. / ..... (voir III), certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de mucoviscidose et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du §6100000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Conditions relatives au diagnostic sur base de:

– patient âgé de 6 ans ou plus;

– infection chronique par du *Pseudomonas aeruginosa*;

– VEMS égal ou supérieur à 25 % de la valeur théorique basée sur l'âge, le sexe et la taille.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité Cayston.

Le remboursement est limité à un maximum de 3 conditionnements de 84 ampoules pour cette première période de 6 mois.

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

**III - Demande de prolongation (point b) du §6100000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001:**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

☐ pédiatrie

☐ pneumologie

attaché à un centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose depuis le .. / .. / ..... (voir III), certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de mucoviscidose et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 6100000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Conditions relatives à la prolongation du traitement sur base de la réponse au traitement (examen pléthysmographique) pour le patient susmentionné.

Avant de demander la prolongation du traitement, je m'engage à faire une pléthysmographie au cours du 6<sup>e</sup> mois de traitement et à arrêter le traitement par Cayston en cas de constatation d'une progression de la maladie en dépit du traitement en cours (VEMS - meilleur résultat de 3 épreuves - inférieur au VEMS de départ).

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de continuer à recevoir le remboursement de la spécialité Cayston.

Le remboursement est limité à un maximum de 6 conditionnements de 84 ampoules par période de 12 mois.

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

**IV- Identification du centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose:**

Le nom et l'adresse exacte de ce centre sont les suivants:

.....  
.....

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - ... - ..

(je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce centre, confirmant cette affectation).

**V- Identification du médecin (nom, prénom, n° INAMI):**

Nom: .....

Prénom: .....

N° INAMI: 1- .....-...-....

Date: ..- ..- ..

(CACHET)

SIGNATURE DU MEDECIN)

