

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité AVANDAMET (§ 3160000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

□ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'un diabète de type 2, et n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'AVANDAMET (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline, ou avec la spécialité ACTOS ou AVANDIA, ou avec une bithérapie associant la metformine à un sulfamidé hypoglycémiant, antécédents d'insuffisance cardiaque, taux sérique d'ALAT supérieur à 2,5 fois la valeur maximum).

Comme ce patient a déjà bénéficié auparavant pendant au moins 112 jours du remboursement de la spécialité AVANDIA en association avec la metformine sur base des conditions du § 2160000, et que son taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) n'est pas supérieur à 150% de la limite supérieure de la valeur normale pour le laboratoire concerné, j'atteste que ce patient remplit les conditions pour recevoir pendant une période de 336 jours le remboursement de la spécialité AVANDAMET. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

J'atteste avoir évalué l'intérêt et la sécurité cardiovasculaire de ce médicament dans le cadre du traitement global de ce patient.

Je sollicite donc pour ce patient le remboursement, pendant 336 jours , de :

- ☐ 2 mg de rosiglitazone / 1000 mg de metformine 2 fois par jour
- ☐ 4 mg de rosiglitazone / 1000 mg de metformine 2 fois par jour

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient doit recevoir le remboursement de 6 conditionnements :

- ☐ d'AVANDAMET 2/1000 mg x 112
- ☐ d'AVANDAMET 4/1000 mg x 112

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus nécessite de recevoir pendant une période de 336 jours la prolongation du remboursement précédemment accordé pour la spécialité AVANDAMET. En effet, ce patient n'est dans aucune des situations d'incompatibilité de remboursement de l'AVANDAMET (grossesse, traitement concomitant avec l'insuline ou avec la spécialité ACTOS ou AVANDIA, ou avec une bithérapie associant la metformine à un sulfamidé hypoglycémiant, antécédents d'insuffisance cardiaque, taux sérique d'ALAT supérieur à 2,5 fois la valeur maximum) et son taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) n'atteint pas un niveau correspondant à 150 % de la valeur normale supérieure du laboratoire concerné. Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

J'atteste avoir évalué l'intérêt et la sécurité cardiovasculaire de ce médicament dans le cadre du traitement global de ce patient.

Je sollicite donc pour ce patient le remboursement, pendant 336 jours, de :

- ☐ 2 mg de rosiglitazone / 1000 mg de metformine 2 fois par jour
- ☐ 4 mg de rosiglitazone / 1000 mg de metformine 2 fois par jour

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient doit recevoir le remboursement de 6 conditionnements :

- d'AVANDAMET 2/1000 mg x 112
- d'AVANDAMET 4/1000 mg x 112

