Annexe A: formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité INOVELON (§ 6010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste neuropédiatre, neurologue, pédiatre ou neuropsychiatre attaché à un centre de référence en matière d'épilepsie rebelle.
Je soussigné, docteur en médecine, ⊔ neuropédiatre (numéro 691/696) ⊔ neurologue avec reconnaissance en pédiatrie (numéro 774) ⊔ neurologue (numéro 770) ou ⊔ neuropsychiatre attaché à un centre de référence en matière d'épilepsie rebelle
expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'épilepsie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint du syndrome de Lennox-Gastaut.
Poids du patient :kg
Posologie maximale autorisée :  ⊔ 1000 mg / jour (patients de < 30 kg)  ⊔ 1800 mg / jour (patients de 30 à 50 kg)  ⊔ 2400 mg / jour (patients de 50,1 à 70 kg)  ⊔ 3200 mg / jour (patients de > 70 kg)
⊔ Il s'agit d'une première demande de remboursement (période de max. 12 mois):
J'atteste que :
- Le diagnostic du syndrome de Lennox-Gastaut a été posé sur base d'un EEG et de la clinique
et - ⊔ ce patient est insuffisamment contrôlé par le valproate de sodium (associé ou non à une benzodiazépine) associé à la lamotrigine et/ou au topiramate
ou - ⊔ ce patient est intolérant à la lamotrigine , à l'acide valproïque ou au topiramate.
Je joins en annexe un rapport médical confirmant le diagnostic et décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affectior (avec mention des résultats des examens techniques réalisés, de la nature des traitements préalablement administrés, des doses utilisées et des effets respectivement constatés.
⊔ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement (périodes de max. 12 mois):
J'atteste que ce patient a déjà reçu le remboursement de la spécialité INOVELON sur base des conditions du § 6010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, et j'atteste que la prolongation du traitement est médicalement justifiée chez ce patient.
Je joins un rapport médical décrivant l'évolution de l'affection sous le traitement remboursé, démontrant la présence d'une réponse thérapeutique satisfaisante à la thérapie par INOVELON en association avec diminution de la fréquence et de la sévérité des crises toniques atoniques et du nombre total de crises.
En ce qui concerne l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence : Identification d'un pharmacien hospitalier de référence :
Nom et Prénom:

En outre, 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.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité INOVELON, 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 f) du § 6010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Sur base de tous ces éléments, je demande pour ce patient le remboursement de la spécialité INOVELON pour une période de 12mois.

III – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:	
1 -       -     -     -     -	_ (n° INAMI)
/ / (date)	
(cach	et)(signature du médecin)