Annexe A: Modèle du formulaire de demande Formulaire de demande de remboursement de la spécialité NPLATE (§ 5200000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001) I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):			
Il - Eléments à attester par un médecin spécialiste attaché à un centre d'hématologie:			
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé de 18 ans ou plus et est atteint d'un purpura thrombocytopénique auto-immun (PTI) chronique et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001: - Conditions relatives au diagnostic, au nombre des thrombocytes et/ou aux symptômes cliniques ; - Conditions relatives à la résistance, l'intolérance ou la contre-indication documentées aux corticoïdes ; - Conditions relatives à la contre-indication documentée d'une splénectomie en cas de patient non-splénectomisé :			
En outre,			
(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité NPLATE sur base des conditions du § 5200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous) 1. En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient, j'atteste les éléments suivants : a) conditions relatives à la thrombocytopénie et/ou symptômes cliniques : □ le nombre de plaquettes est ≤ 30 x 10 ⁹ /L, et/ou □ le patient présente des signes hémorragiques :			
b) conditions relatives aux traitements antérieurs :			
□ Le patient a été splénectomisé et :			
 n'atteint pas le seuil de 30 x 10⁹/L plaquettes malgré un traitement par corticostéroïdes à une dose de 1 mg/kg/j pendant au moins 2 semaines, ou dont le taux de plaquettes redescend en dessous de 30 x 10⁹/L lors de l'arrêt progressif d'un traitement prolongé aux corticostéroïdes, ou présente une intolérance aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande, ou présente une contre-indication aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande 			
□ Le patient n'a pas été splénectomisé et la contre-indication à la splénectomie est établie lors d'une consultation pluridisciplinaire entre hématologue, chirurgien et anesthésiste dont le rapport est joint à la demande et :			
 n'atteint pas le seuil de 30 x 10⁹/L plaquettes malgré un traitement par corticostéroïdes à une dose de 1 mg/kg/j pendant au moins 2 semaines, ou dont le taux de plaquettes redescend en dessous de 30 x 10⁹/L lors de l'arrêt progressif d'un traitement prolongé aux corticostéroïdes, ou présente une intolérance aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande, ou présente une contre-indication aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande 			
a) condition relative à la dose maximale :			
 la dose maximale remboursable est de 10 μg/kg de poids corporel par semaine 			

En outre, je m'engage à ne pas continuer l'administration du traitement, lorsqu'après un délai de 16 semaines, l'efficacité du traitement n'a pas pu être démontrée chez le bénéficiaire concerné. La réponse au traitement est documentée :

- a) soit par une augmentation du taux de plaquettes ≥ 30x10⁹/L
- b) soit par un doublement des valeurs de base de plaquettes avant traitement par Nplate associée à une amélioration des saignements.
- 2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :
 - Je suis reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi

	reconnaissance de porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique). Je suis attaché depuis le பப / பப / பபபப à l'hôpital mentionné ci-après, qui est reconnu dans le traitement des patients atteints de purpura thrombocytopéniques auto-immun (PTI) chronique: Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants:
	Et je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée, et mentionnant le nombre de patients avec purpura thrombocytopénique auto- immun (PTI) chronique pris en charge par sor service au cours des 12 derniers mois.
3.	Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre: Nom et prénom :
	Numéro INAMI <u>de l'hôpital</u> auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - பபப - பப - பபப - பபப - Аdresse :
at	e m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation testée. ur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :
Ц	il s'agit d'une <u>première demande</u> d'autorisation de remboursement visant un patient <u>non encore traité dans le cadre de remboursement</u> avec la spécialité NPLATE (je joins en annexe un rapport médical détaillé et les protocoles d'analyse), et j'atteste que les 6 premières semaines de traitement sont en cours de prise en charge par le titulaire de l'enregistrement;
П	il s'agit d'une <u>demande de prolongation</u> de remboursement pour la spécialité NPLATE, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité NPLATE sur base des conditions du § 5200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité NPLATE doi être poursuivi (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenan également la motivation de la poursuite du traitement et l'évolution du taux des plaquettes(avec protocole d'analyse),
	atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité NPLATE avec une posologie aximale de 10 mg/kg de poids corporel par semaine
III	- Identification du médecin-spécialiste en hématologie visé au point II ci-dessus:
ĺ	
1	
- -	1 - - (n° INAMI)
_	
L	/
L	(cachet) (signature du médecin)
	/ - Identification du pharmacien de référence et attestation pour la réception des conditionnements gratuits pour 6 semaines de aitement:
.16	e soussigné,
Ν	om et prénom :
	uméro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 10- ⊔⊔⊔- ⊔⊔-⊔⊔⊔
Α	dresse:
••	

confirme conserver à la disposition du médecin conseil la preuve de l'accorditionnements gratuits nécessaires pour les 6 premières semaines de traiter que celle-ci aura débuté.	ord du titulaire de l'enregistrement pour la livraison des nent, ainsi que la preuve de leur délivrance au patient dès
(signature du pharmacien)