

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CYSTADANE (§ 5760000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste,

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 5760000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité CYSTADANE chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous.

En ce qui concerne ma pratique:

Je suis attaché depuis le 00/00/0000 au Centre mentionné ci-après, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare.

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

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

a) Il s'agit du diagnostic suivant

□ 1. Homocystinurie par déficit en cystathionine-beta-synthétase (CBS)

(ou)

□ 2. Homocystinurie par déficit en 5,10-méthylènehydrofolateréductase (MTHFR)

(ou)

□ 3. Homocystinurie par déficit du métabolisme intracellulaire de la cobalamine (cblC, cblD, cblE, cblF, cblG)

b) J'atteste qu'un traitement optimal de l'homocystinurie par pyridoxine, cobalamine, acide folique et régime pauvre en méthionine pendant au moins 6 mois, préalablement à l'administration de CYSTADANE, n'a pas permis un contrôle suffisant de la maladie, confirmé par un taux plasmatique d'homocystéine libre de:

..... μmol/L

Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic et du suivi du patient et je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les éléments de preuve qui attestent de la situation décrite.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité CYSTADANE, 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 § 5760000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Le traitement remboursable envisagé par CYSTADANE, se donnera selon un schéma posologique de maximum 6g/jour ou 100 mg/kg/jour chez les enfants de moins de 10 ans.

☐ Il s'agit d'une demande visant les 12 premiers mois de traitement par CYSTADANE.

(ou)

☐ Il s'agit d'une demande visant une administration postérieure à une première année de traitement par CYSTADANE, et j'atteste que le traitement par CYSTADANE a mené à une baisse du taux d'homocystéine plasmatique dans les 12 premiers mois de traitement :

Homocystéine libre : µmol/L

V – Identification du médecin demandeur (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

(nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

(prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□□

(N° INAMI)

MM / MM / MMMM

(Date)

(SIGNATURE DU MEDECIN)

(CACHET)

.....