**ANNEXE A:** Modèle de formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

## I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

## II – Demande de remboursement d'une PREMIERE PERIODE de traitement :

Eléments à attester par le médecin responsable du traitement :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) et au point b) du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives au diagnostic confirmé par un psychiatre, un neuropsychiatre, un interniste gériatre ou un neurologue sur base des critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4<sup>ème</sup> édition);
- Conditions relatives à l'obtention d'un score égal ou supérieur à 12 au MMSE (Mini Mental State Examination), avec, lorsque le score au MMSE est supérieur à 24, confirmation du diagnostic par un ADAS-cog (cognitive scale of the Alzheimer Disease Assesment Scale) ou un CAM-cog (cognitive section of the CAMDEX [Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination]);
- Conditions relatives à l'absence d'infarctus cérébral confirmé par une imagerie cérébrale démonstrative par tomographie computérisée, ou par résonance magnétique nucléaire;
- Conditions relatives à la réalisation préalable une évaluation fonctionnelle du patient concerné, comprenant au moins un ADL (Activities of Daily Living) basal en utilisant les 6 items de l'échelle de Katz, un ADL instrumental en utilisant les 9 points de l'échelle de Lawton, ainsi qu'une Observation comportementale comprenant une échelle de Détérioration Globale et une échelle de Perturbation Comportementale (NPI ou NeuroPsychiatric Inventory);
- Conditions relatives à la réalisation préalable d'une proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, notamment en fonction des besoins constatés lors de l'évaluation fonctionnelle mentionnée à l'alinéa précédent, et des besoins spécifiques en cas de maintien à domicile ou en cas de placement en institution de soins, avec implication du médecin généraliste traitant et du médecin spécialiste tel que visé au premier tiret ci-dessus.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil, au sujet de ce patient, le formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins, dont le modèle figure à l'annexe B du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été dûment complétées, avec notamment les signatures du médecin généraliste traitant et du médecin spécialiste visé à l'alinéa précédent.

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

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de six mois, le remboursement de la spécialité suivante :

(cochez ci-dessous la spécialité souhaitée)

☐ **TAVONIN** (posologie journalière maximale de 240 mg)

En outre, je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la prescription de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 12 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, 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 i) du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

## III- Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

	∣ (nom)	
	(prénom)	
1-0000-00-00 (N° INAMI)		
00/00/0000 (DATE)		
L (CACH	HET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)