

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité GALVUS (§ 4970000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'inscription)

- par un traitement préalable par la metformine à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003) ou
- par, en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine, un traitement préalable avec un sulfamide hypoglycémiant à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003) ou
- par un traitement préalable associant la metformine avec un sulfamide hypoglycémiant ou le répaglinide à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 7 % ou 53 mmol/mol, Réunion de Consensus, 2003)

[illegible]

/
/
(date)

(signature)

(signature du médecin)