**ANNEXE C :** Modèle de formulaire de prolongation :

Formulaire de demande de PROLONGATION 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.):
ı – iueninicanon	uu benenciane	mon. Drenom.	iv u allillation	a i U.A.i

## II – Demande de PROLONGATION après 6 mois de remboursement :

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 que, après 6 mois de traitement remboursé avec la spécialité mentionnée ci-dessous, ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après 6 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point f) du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à l'obtention d'un score identique, ou n'ayant pas diminué de plus d'un point, au MMSE (Mini Mental State Examination), tout en n'étant pas inférieur à 12.
- Conditions relatives à l'amélioration d'au moins un élément ( soit l'ADL basal, soit l'ADL instrumental, soit l'Observation comportementale) d'une nouvelle évaluation fonctionnelle du patient concerné, réalisée au plus tôt après les trois premiers mois de traitement :
- Conditions relatives à la réévaluation de la proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, avec implication du médecin généraliste traitant et d'un médecin spécialiste psychiatre, ou neuropsychiatre, ou interniste gériatre, ou neurologue.

En outre, 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.

## III – Demande de PROLONGATION après 18 mois de remboursement :

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 que, après 18 mois de traitement remboursé avec la spécialité mentionnée ci dessous, ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après 18 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point g) du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à l'obtention d'un score n'étant pas inférieur à 12 au MMSE (Mini Mental State Examination);
- Conditions relatives à la réalisation d'une nouvelle évaluation fonctionnelle du patient concerné (un ADL basal, un ADL instrumental, et une Observation comportementale);
- Conditions relatives à une réévaluation de la proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, avec implication du médecin généraliste traitant et d'un médecin spécialiste psychiatre, ou neuropsychiatre, ou interniste gériatre, ou neurologue.

En outre, 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.

## IV - Spécialité demandée et modalités relatives à l'évolution du patient:

□ TAVONIN (posologie journalière maximale de 240 mg)

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, une prolongation de remboursement de la spécialité suivante : (cochez ci-dessous la spécialité souhaitée, et mentionnez le dosage, le type et le nombre de conditionnements souhaités)

Dosage souhaité : \_\_\_\_\_\_

Type de conditionnement souhaité \_\_\_\_\_

Nombre de conditionnements souhaité : \_\_\_\_\_\_

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

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

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.

V– Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :						
			<del></del>			
<b>1-</b> 0000-00-00	□ (N° INAMI)					
00/00/000	(DATE)					
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)			