Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité WINRHO (§ 4360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel d'hématologie clinique, ou, pour autant qu'il s'agisse d'un patient de moins de 18 ans, par un pédiatre expérimenté dans le traitement du purpura thrombocytopénique idiopathique:
Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste □ agréé en médecine interne porteur du titre professionnel d'hématologie clinique
(ou, pour autant qu'il s'agisse d'un bénéficiaire de moins de 18 ans :)
□ en pédiatrie expérimenté dans le traitement du purpura thrombocytopénique idiopathique,
certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité WINRHO chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :
III – Situation du patient thrombopénique nécessitant actuellement l'administration de WINRHO (cochez les cases appropriées) :
Il s'agit du diagnostic suivant : purpura thrombocytopénique idiopathique
Le taux de plaquette est actuellement de
Un traitement par des corticoïdes
□ est contre-indiqué pour la raison suivante :
(ou)
□ s'est montré inefficace à la dose de pendantsemaines
l'intervention médicale et/ou chirurgicale suivante est programmée :
Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic et du suivi du patient et que je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les éléments de preuve qui attestent de la situation décrite.
Le traitement remboursable par WINRHO que j'envisage, se donnera dans un schéma posologique d'une administration de maximum 75 μg/kg chez l'adulte et d'un traitement de maximum 6 mois chez l'enfant de moins de 18 ans (maximum d'une administration par mois).
IV -Traitement par WINRHO dont le remboursement est demandé chez ce patient thrombopénique (cochez les cases appropriées) :
□ J'atteste qu'il s'agit, chez mon patient adulte (> 18 ans), de la première fois qu'il reçoit un traitement par WHINRHO. J'atteste que ce traitement comporte une seule cure avec une dose de maximum 75 μg/kg , et que la présente facturation concerne cette cure unique.
(ou)
☐ J'atteste qu'il s'agit , chez mon patient, âgé de moins de 18 ans, de la première fois qu'il reçoit un traitement par WHINRHO. J'atteste que ce traitement comporte un maximum de 6 cures, à raison de maximum 1 cure par mois pendant 6 mois, et que la présente facturation concerne la cure N° (max 6).
V – Identification du médecin demandeur (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
(nom)
(prénom)
1 - - - (n° INAMI)
/(date)
(cachet)(signature du médecin)

ANNEXE A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :