Annexe A : Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés dans le cas d'énurésie nocturne (§ 3890000 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 - Données à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne.

⊔ de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans;

⊔ de type IV (énurésie idiopathique de type cognitif) et que le patient a entre 7 à 17 ans inclus (enfant ou adolescent);

Je confirme que ce patient remplit toutes les conditions mentionnées au point a) du § 3890000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

1. Diagnostic:

- énurésie nocturne 2 à 3 fois par semaine minimum
- 2. Echec de l'approche non médicamenteuse:
 - persistance de l'énurésie nocturne malgré l'application des méthodes alternatives pendant au moins 3 mois (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme).
- 3 Réponse thérapeutique à un traitement d'essai préalable:
 - réponse thérapeutique à un traitement par comprimés de desmopressine (diminution de 50% du nombre de nuits avec miction involontaire) d'au moins 1 conditionnement d'essai de 15 comprimés : la boîte, munie d'un cachet du pharmacien dispensateur et jointe à l'annexe A sert de preuve.
- 4. Réévaluation du patient tous les 3 mois:
 - tous les 3 mois, il sera examiné si la poursuite du traitement est nécessaire; pour cela, on peut réduire progressivement le traitement, suivant la dose, et contrôler si l'énurésie nocturne réapparaît.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce patient, ainsi qu' un formulaire de description clinique et d'évaluation du patient complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001).

III - Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 6 mois**:

Desmopressine Ferring 0,2 mg, comprimés – 100 x 0,2 mg

IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN
	(Date)	
1-0000-00-000	(N°INAMI)	
	(prénom)	
	(110111)	