

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VICTOZA (§ 5660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est atteint d'un diabète de type 2, et remplit simultanément toutes les conditions du § 5660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, car ce patient est actuellement sous une bithérapie constituée de

Dose:

☐ depuis ≥ 3 mois

associée à un sulfamide hypoglycémiant:

Nom:

Dose:

☐ depuis ≥ 3 mois

Ou

metformine:

Dose:

☐ depuis ≥ 3 mois

associée à une thiazolidinedione :

Nom:

Dose:

☐ depuis ≥ 3 mois

Son taux d'HbA1c est actuellement de (doit être > 7.5 %)

En outre, j'atteste que ce patient n'est pas traité par insuline et continuera d'autre part le traitement metformine + sulfamide hypoglycémiant ou le traitement metformine + thiazolidinedione.

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

☐ Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 12 emballages de la spécialité VICTOZA pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidinedione + VICTOZA à la posologie de 1,2 mg par jour.

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est insuffisamment contrôlé après un traitement d'au moins 6 mois par une trithérapie comprenant VICTOZA, à une posologie de 1.2 mg par jour.

Son taux d'HbA1c est actuellement de (doit être > 7.5 %)

En outre, j'atteste que ce patient n'est pas traité par insuline, et je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

☐ Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de 18 emballages de la spécialité VICTOZA pendant une période de 12 mois. Il recevra donc une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidinedione + VICTOZA à la posologie de 1.8 mg par jour.

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité VICTOZA pendant au moins 12 mois sur base des conditions du § 5660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, à raison de :

☐ 12 emballages par une période de 12 mois ou

□ 18 emballages parr une période de 12 mois.

J'atteste que la trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidinedione + VICTOZA s'est montrée efficace. Ceci est démontré par un contrôle glycémique suffisant attesté par une HbA1c < 7% ou par une diminution de l'HbA1c $\geq 1\%$ par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par VICTOZA.

En outre, j'atteste que ce patient n'est pas traité par insuline, et je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité VICTOZA pendant une nouvelle période de 12 mois.

☐ 12 emballages ou

☐ 18 emballages.

Il continuera donc à recevoir une trithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant ou thiazolidinedione + VICTOZA.

V – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

..... (nom)

..... (prénom)

1-..... (N° INAMI)

.. / .. / (DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)