Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier
Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CYANOKIT (§ 5820000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

## I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'O.A.):

(cachet)

II – Eléments à attester par le médecin prescripteur:
Je soussigné, médecin spécialiste avec une compétence particulière en médecine d'urgence, médecin spécialiste en médecine aiguë ou médecin spécialiste en médecine d'urgence, certifie que le patient mentionné ci-dessus a subi une intoxication confirmée ou suspectées au cyanure.
L'intoxication confirmée ou suspectées a eu lieu le/, à:
Mode d'intoxication :
En outre, 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 des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité CYANOKIT.
Pour le traitement flacon(s) de CYANOKIT ont été utilisés.
III – Identification du médecin spécialiste, en médecine d'urgence (nom, prénom, N°INAMI):
(nom)
(prénom)
1 -       -     (n° INAMI)
/ (date)

(signature du médecin)