

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SYNAGIS (§ 3860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

Je soussigné, docteur en médecine (ma qualification de médecin spécialiste est mentionnée ci-dessous au point III) certifie que les conditions figurant au point a) du § 3860000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité SYNAGIS chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

☐ Je suis médecin spécialiste en Néonatalogie affilié à un centre NIC (Soins intensifs en Néonatalogie) et j'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic mentionné ci-dessous a été établi:

□ ⁽¹⁾: J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant préterme de < 28 semaines d'âge gestationnel et qui a moins de 12 mois au début de la saison VRS.

□ ⁽²⁾ : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant préterme né entre 28 à 35 semaines d'âge gestationnel nécessitant une ventilation d'au moins 48h, qui a séjourné dans un centre NIC et qui a moins de 6 mois au début de la saison VRS.

□ ⁽³⁾: J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant souffrant d'insuffisance respiratoire chronique, qui nécessite une oxygénothérapie continue ou une assistance ventilatoire, dont l'âge postnatal n'a pas dépassé deux ans.

☐ Je suis médecin spécialiste en cardiologie ou pédiatrie affilié à un centre reconnu pour « programme de soins pathologie cardiaque C/T » et j'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic mentionné ci-dessous a été établi:

☐ ⁽⁴⁾ : J'atteste qu'il s'agit d'un traitement d'un enfant de moins de 2 ans atteint d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique:

☐ pendant la période d'attente d'une intervention chirurgicale cardiaque

☐ pendant le mois qui suit l'intervention

(date de l'intervention / /)

ceci pendant la période VRS, et qu'il répond à au moins l'un des critères suivants :

- défaillance cardiaque congestive

☐ désaturation en oxygène (inférieure à 90 %)

- hypertension artérielle pulmonaire

☐ J'atteste qu'il s'agit d'un enfant de.....kg et que la dose de a été administrée.

Le nombre de conditionnements remboursables est limité à maximum 5 injections par saison RSV.

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 SYNAGIS pour le traitement qui fera l'objet de la facturation concernée, puisque celle-ci vise une administration réalisée pendant la saison VRS en cours.

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 1-_____ (N° INAMI)
 ____ / ____ / ____ (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)