

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité TRAJENTA (§ 6320000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et est atteint d'un diabète de type 2 et remplit une des conditions suivantes :

☐ insuffisamment contrôlé par:

- ☐ un traitement préalable par la metformine à la posologie maximale usuelle pendant au moins trois mois qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 53 mmol/mol (ou < 7 %) HbA1c, Réunion de Consensus, 2003).
- ☐ un traitement préalable d'au moins trois mois par une association de metformine et d'un sulfamidé hypoglycémiant à la posologie maximale usuelle, qui n'a pas suffi à amener le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sous le taux recommandé par les guidelines belges (< 53 mmol/mol (ou < 7 %) HbA1c. Réunion de Consensus. 2003).

OU

- ☐ Ne pouvant pas être traité par la metformine en raison d'une insuffisance rénale sévère documentée par la vitesse du débit de filtration glomérulaire ≤ 29 ml/min/1.73 m² quelque soit la méthode utilisée pour l'estimer ou le mesurer.

Je confirme que la valeur de la vitesse du débit de filtration glomérulaire du patient mentionné ci-dessus a été évaluée le 00/00/0000 (date) et est de 00 ml/min/1.73 m².

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité TRAJENTA pendant une période de 130 jours à une posologie maximale de 5mg par jour et je sollicite le remboursement de 1 conditionnement de 30 comprimés à 5 mg et 1 conditionnement de 100 comprimés à 5 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité TRAJENTA simultanément avec des insulines appartenant au groupe de remboursement A-11 ou d'autres antidiabétiques appartenant aux groupes de remboursement A-61, A-64, A-69, A-75, A-91, A-92.

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

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité TRAJENTA pendant une période de 130 jours sur base des conditions du § 6320000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que ce traitement s'est démontré suffisamment efficace car le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ne dépasse pas actuellement le niveau correspondant à 150% de la valeur normale supérieure du laboratoire.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité TRAJENTA 5 mg par jour pour un traitement (en association avec la metformine, avec une association de metformine avec un sulfamidé hypoglycémiant ou en monothérapie en cas d'insuffisance rénale contre-indiquant l'utilisation de metformine) pendant une période de 400 jours maximum, et je sollicite le remboursement de 4 conditionnements de 100 comprimés à 5 mg.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité TRAJENTA simultanément avec des insulines appartenant au groupe de remboursement A-11 ou d'autres antidiabétiques appartenant aux groupes de remboursement A-61, A-64, A-69, A-75, A-91, A-92.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans le situation attestée.

UU

(nom)

[illegible]

(prénom)

1-uuuuuu-uu-uuu

(N° INAMI)

UU / UU / UUUUU

(DATE)

(CACHET)

(SIGNATURE
MEDECIN)

DU