

Formulaire de demande destiné au médecin-conseil pour le remboursement de la spécialité BOTOX pour le traitement de l'incontinence urinaire chez l'adulte avec une hyperactivité neurogène du détrusor résultant d'une vessie neurogène due à une lésion de la moelle épinière supra-sacrée stabilisée ou à une sclérose en plaques (\$6550000 du chapitre IV de l'Arrêté Royale du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, médecin-spécialiste en urologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit simultanément toutes les conditions figurant au §6550000 du chapitre IV de l'Arrêté Royale du 21 décembre 2001 :

- l'incontinence urinaire est objectivée par un médecin spécialiste en urologie.
- des essais adéquats de traitement par l'oxybutynine et au moins un autre anticholinergique de deuxième génération n'apportent pas les résultats escomptés, par manque d'efficacité et/ou en raison d'une intolérance.
- le patient utilise déjà un sondage intermittent, ou doit être capable/vouloir pratiquer un sondage si cela s'avère nécessaire. Cela comprend l'auto-sondage ou le sondage par un tiers.

J'atteste qu'un traitement d'essai avec BOTOX a conduit à une amélioration significative de la situation clinique de ce patient. Le nombre d'épisodes d'incontinence urinaire doit, entre autres, au minimum être réduit de 5 épisodes par semaine par rapport au début de traitement par BOTOX.

- Date d'administration du premier traitement d'essai, fourni gratuitement par la firme: ____/____/____
- Si d'application : date d'administration du deuxième traitement d'essai, fourni gratuitement par la firme: ____/____/____

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

Je soussigné, médecin-spécialiste en urologie, certifie que le patient ci-dessus a déjà obtenu un remboursement pour un traitement avec la spécialité BOTOX pendant au moins 12 mois pour le traitement de l'incontinence urinaire chez l'adulte avec une hyperactivité neurogène du détrusor résultant d'une vessie neurogène due à une lésion de la moelle épinière supra-sacrée stabilisée ou à une sclérose en plaques.

Je confirme que ce traitement s'est montré efficace et que l'objectif du traitement déterminé à l'avance est atteint. Le nombre d'épisodes d'incontinence urinaire est, entre autres, au minimum réduit de 5 épisodes par semaine par rapport au début de traitement par BOTOX. Sur cette base, le patient nécessite une prolongation du remboursement de la spécialité BOTOX pour une période de 12 mois (maximum 400 unités Allergan de BOTOX par an et 200 unités Allergan par session).

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

Je soussigné, médecin-spécialiste en urologie, certifie que le patient ci-dessus était déjà sous traitement par BOTOX, au moment de l'entrée en vigueur de la présente réglementation et que le traitement par BOTOX s'est montré efficace (le nombre d'épisodes d'incontinence, entre autres, a diminué d' au moins 5 épisodes par semaine depuis le début du traitement par BOTOX). Le patient mentionné ci-dessus remplit également toutes les conditions figurant au §6550000 du chapitre IV de l'Arrêté Royale du 21 décembre 2001 :

- l'incontinence urinaire est objectivée par un médecin spécialiste en urologie.
- des essais adéquats de traitement par l'oxybutynine et au moins un autre anticholinergique de deuxième génération n'apportent pas les résultats escomptés, par manque d'efficacité et/ou en raison d'une intolérance.
- le patient utilise déjà un sondage intermittent, ou doit être capable/vouloir pratiquer un sondage si cela s'avère nécessaire. Cela comprend l'auto-sondage ou le sondage par un tiers.

Date du début de traitement par BOTOX pour le traitement de l'incontinence urinaire chez l'adulte avec une hyperactivité neurogène du détrusor résultant d'une vessie neurogène due à une lésion de la moelle épinière supra-sacrée stabilisée ou à une sclérose en plaques / /

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
 1-□□□□-□□-□□□ (N° INAMI.)
 □□/□□/□□□□ (date)

(cachet).....(signature du médecin)