

(§ 5240000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

\_\_\_\_\_

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)a patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants:

- et

- et

- ☐ présent. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

ou ☐ absent (= mutant précore). Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

et

- et

- et

- ☐ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et/ou fibrose. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐

et

- et

- ☐ absence de traitement antérieur par des agents antiviraux du groupe des analogues nucléo(s)(t)idiques

Je demande le remboursement du BARACLUDE 0.5 mg avec une posologie maximale de 0.5 mg par jour.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qui présente une hépatite B chronique et active, la prolongation du remboursement de BARACLUDE 0,5 mg :

- présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

ou ☐ absent dès le début du traitement (mutant précoce). Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBs persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLIDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

et

- ☐ le taux d'ALAT était récemment normal.

Je demande la prolongation du remboursement du BARACLUDE 0,5 mg avec une posologie maximale de 0,5 mg par jour.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

 (date)

--

(cachet)

..... (signature du médecin)