

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité DIPEPTIVEN (§ 2910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, médecin-spécialiste, certifie que les conditions figurant au § 2910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de DIPEPTIVEN chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous.

J'atteste les éléments suivants:

1. Il s'agit d'un patient postopératoire qui a subi récemment une intervention chirurgicale lourde consistant en une résection d'une tumeur cancéreuse dans

OU ☐ le système gastro-intestinal supérieur

OU □ le jéjunum, l'iléon of le côlon-rectum

- le duodénum ou le pancréas

2. Il s'agit d'un patient chez lequel une nutrition entérale est considérée impossible à administrer et chez lequel une nutrition parentérale totale est indispensable pendant au moins 5 jours.

3. La perfusion du concentré d'acide aminé est administrée pendant la même hospitalisation que celle durant laquelle l'intervention chirurgicale précitée a été effectuée.

4. Le poids du patient est de kg.

Je sais que la durée maximale de la perfusion du concentré d'acide aminé est de 5 jours consécutifs par hospitalisation et qu'au maximum 2 flacons par jour par patient son remboursés.

IV – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

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

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

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

| |
|--|
| |
|--|

(cachet)

.....

(signature du médecin)