| Annexe A : formulaire de demande standardisé Formulaire de demande de remboursement de la spécialité DIACOMIT (§ 5440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur): |
| |
| II – Eléments à attester par un neuropédiatre ou un pédiatre: |
| Je soussigné, docteur en médecine, □ neuropédiatre (numéro 691/696) □ neurologues avec reconnaissance en pédiatrie (770/774) ou □ pédiatre (690), |
| expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'épilepsie |
| certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint du Syndrome de Dracet (épilepsie myoclonique sévère du nourrisson (EMSN)) : |
| □ Il s'agit d'une première demande de remboursement (période de max. 12 mois): |
| J'atteste que ce patient présente des convulsions tonicocloniques généralisées insuffisamment contrôlées par l'association clobazam/valproate de sodium. |
| Je joins en annexe un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (avec mention des résultats des examens techniques réalisés, de la nature(s) des traitement(s) préalablement administrés, des doses utilisées et des effets respectivement constatés). |
| □ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement (périodes de max. 12 mois): |
| J'atteste que ce patient a déjà reçu le remboursement de la spécialité DIACOMIT sur base des conditions du § 5440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, et j'atteste que la prolongation du traitement est médicalement justifiée chez ce patient. |
| Je joins un rapport médical décrivant l'évolution de l'affection sous le traitement remboursé, démontrant la présence d'une réponse thérapeutique satisfaisante à la thérapie au DIACOMIT en association avec le valproate et le clobazam. |
| En ce qui concerne l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence : |
| Identification d'un pharmacien hospitalier de référence : Nom et Prénom: |
| Numéro INAMI <u>de l'hôpital</u> auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - ⊔⊔⊔ - ⊔⊔ - ⊔⊔⊔ Adresse : |
| |
| 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. |
| Je sais que la posologie maximale remboursable est de 50 mg/kg/jour. |
| Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité DIACOMIT, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. |
| Sur base de tous ces éléments, je demande pour ce patient le remboursement de la spécialité DIACOMIT pour une période de 12 mois (s'il s'agit d'une première demande) ou de 12 mois (s'il s'agit d'une renouvellement). |
| III – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II: |
| (nom) |
| (prénom) |
| 1 - - (n°INAMI) |
| /(date) |
| |
| (cachet) (signature du médecin) |