

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité DUODOPA (§ 4060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en neurologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de la maladie de Parkinson idiopathique à un stade avancé, qu'il n'entre pas en ligne de compte pour un traitement par DBS (Deep Brain Stimulation) et qu'il remplit, préalablement à l'initiation d'un traitement avec DUODOPA, toutes les conditions figurant au point a) du § 4060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

En outre, (si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité DUODOPA sur base des conditions du § 4060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2 ci-dessous).

1. En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient préalablement à l'initiation d'un traitement par DUODOPA :

- 1.1.1 patient atteint de la maladie de Parkinson depuis au moins 5 ans ;
- 1.1.2 exclusion d'une lésion anatomique responsable du syndrome parkinsonien sur base d'une imagerie par résonnance magnétique ;
- 1.1.3 présence d'une combinaison de fluctuations motrices invalidantes et/ou de dyskinésies, lorsque les associations disponibles d'antiparkinsoniens n'ont pas donné de résultats satisfaisants ;
- 1.1.4 le patient se trouve au stade 4 - 5 de Hoehn – Yahr en phase off ;
- 1.1.5 présence d'une dopasensibilité par la comparaison chiffrée du score UDPRS – partie III - (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) de l'état off et de l'état on. Le score UDPRS est significativement meilleur en phase on (différence de 50% au minimum). Ceci est documenté par des enregistrements vidéo réalisés dans les 2 phases ;
- 1.1.6 présence d'une réponse positive au test réalisé par l'administration de DUODOPA par une sonde naso-duodénale par la comparaison chiffrée du score UDPRS – partie III - de l'état off et de l'état on. Le score UDPRS est significativement meilleur en phase on (différence de 50% au minimum). Ceci est également documenté par des enregistrements vidéo. La date de l'examen ainsi que le lieu où il a été réalisé doivent être mentionnés ;
- 1.1.7 exclusion d'une démence sur base des éléments suivants : score MMSE supérieur à 24/30 et aucune indication d'une dégradation récente de celui-ci qui permettrait d'évoquer un syndrome démentiel ; absence de traitement par les médicaments enregistrés pour le traitement de la démence (anticholinestérasiques, mémantine...) ; absence des critères permettant un diagnostic de démence tels que décrits dans le DSM IV ; un bilan neuropsychologique qui exclut une démence ;
- 1.1.8 exclusion de troubles psychiatriques graves ;
- 1.1.9 le prescripteur s'est assuré que le patient ou son entourage sont aptes à comprendre et à manipuler le système de la pompe DUODOPA et de la sonde d'entérostomie.

- 1.2. Je joins également en annexe un rapport médical rédigé spécifiquement au sujet du patient concerné, décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (avec entre autres la nature, les durées et effets constatés, des différents traitements administrés) ainsi que les raisons motivant le non-recours au DBS et la nécessité d'administrer DUODOPA.

2. En ce qui concerne ma pratique :

Je suis attaché depuis le / / à l'hôpital mentionné ci-après

3. L'identification du pharmacien hospitalier de référence est la suivante:

Nom et prénom :

Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10-0000-00-0000

Adresse :

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

5. Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité DUODOPA, 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 § 4060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

6. Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

- ⌋ (6.1) il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement pour la spécialité DUODOPA,
- ⌋ (6.2) il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité DUODOPA, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de 12 mois pour une posologie de maximum 1 cassette par jour de la spécialité DUODOPA sur base des conditions du § 4060000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité DUODOPA doit être

(signature du médecin)