

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité NPLATE (§ 5200000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

- Conditions relatives au diagnostic, au nombre des thrombocytes et/ou aux symptômes cliniques ;
- Conditions relatives à la résistance, l'intolérance ou la contre-indication documentées aux corticoïdes ;
- Conditions relatives à la contre-indication documentée d'une splénectomie en cas de patient non-splénectomisé ;

(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité NPLATE sur base des conditions du § 5200000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous)

- le nombre de plaquettes est  $\leq 30 \times 10^9/L$ , et/ou
- le patient présente des signes hémorragiques :

- ☐ n'atteint pas le seuil de  $30 \times 10^9/\text{L}$  plaquettes malgré un traitement par corticostéroïdes à une dose de 1 mg/kg/j pendant au moins 2 semaines, ou
- ☐ dont le taux de plaquettes redescend en dessous de  $30 \times 10^9/\text{L}$  lors de l'arrêt progressif d'un traitement prolongé aux corticostéroïdes, ou
- ☐ présente une intolérance aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande, ou
- ☐ présente une contre-indication aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande

- ☐ n'atteint pas le seuil de  $30 \times 10^9/L$  plaquettes malgré un traitement par corticostéroïdes à une dose de 1 mg/kg/j pendant au moins 2 semaines, ou
- ☐ dont le taux de plaquettes redescend en dessous de  $30 \times 10^9/L$  lors de l'arrêt progressif d'un traitement prolongé aux corticostéroïdes, ou
- ☐ présente une intolérance aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande, ou
- ☐ présente une contre-indication aux corticostéroïdes documentée dans le rapport joint à la demande

b) soit par un doublement des valeurs de base de plaquettes avant traitement par Nplate associée à une amélioration des saignements.

Version valable à partir du 01.06.2014

que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique (en annexe du présent formulaire, je joins copie de ma reconnaissance de porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique).

Je suis attaché depuis le 00 / 00 / 0000 à l'hôpital mentionné ci-après, qui est reconnu dans le traitement des patients atteints de purpura thrombocytopéniques auto-immun (PTI) chronique:

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....  
.....

Et je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée, et mentionnant le nombre de patients avec purpura thrombocytopénique auto- immun (PTI) chronique pris en charge par son service au cours des 12 derniers mois.

3. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:

Nom et prénom :

.....

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - 000 - 00 - 000

Adresse :

.....  
.....  
.....

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.

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

☐ il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité dans le cadre de remboursement avec la spécialité NPLATE (je joins en annexe un rapport médical détaillé et les protocoles d'analyse), et j'atteste que les 6 premières semaines de traitement sont en cours de prise en charge par le titulaire de l'enregistrement ;

☐ il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité NPLATE, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité NPLATE sur base des conditions du § 5200000 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 NPLATE doit être poursuivi ( je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement et l'évolution du taux des plaquettes(avec protocole d'analyse),

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité NPLATE avec une posologie maximale de 10 mg/kg de poids corporel par semaine

**III - Identification du médecin-spécialiste en hématologie visé au point II ci-dessus:**

..... (nom)

..... (prénom)

1 - ..... (n° INAMI)

..... / ..... (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin )

**IV - Identification du pharmacien de référence et attestation pour la réception des conditionnements gratuits pour 6 semaines de traitement:**

Je soussigné,

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié :

7.10- 000- 00-000

Adresse: .....

.....  
.....

confirme conserver à la disposition du médecin conseil la preuve de l'accord du titulaire de l'enregistrement pour la livraison des conditionnements gratuits nécessaires pour les 6 premières semaines de traitement, ainsi que la preuve de leur délivrance au patient dès que celle-ci aura débuté.

..... (signature du pharmacien)