

Formulaire pour demande initiale de remboursement de la spécialité XOLAIR (§3790000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 12 ans, est atteint d'asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions fixées sous point a) du § 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Il s'agit de l'allergène suivant présent en permanence en l'air : .....  
 Il était impossible d'éliminer cet allergène.

J'atteste que je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique et de la qualité de vie dont le modèle figure à l'annexe B du § 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, et que toutes les rubriques ont été complétées et signées avant l'instauration du traitement.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité XOLAIR pendant une période de 16 semaines.

Valeur initiale d'IgE (IE/ml)	Poids corporel (kg)										
	>20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150	
≥ 76-100	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300	
> 100-200	150	150	150	300	300	300	300	300	225	300	
> 200-300	150	150	225	300	300	225	225	225	300	375	
> 300-400	225	225	300	225	225	225	300	300			
> 400-500	225	300	225	225	300	300	375	375			
> 500-600	300	300	225	300	300	375					
> 600-700	300	225	225	300	375						

Dose de XOLAIR exprimée en mg pour injection sous-cutanée

Administration toutes les 4 semaines
Administration toutes les 2 semaines
Pas d'administration - pas de données

Conversion de la dose administrée toutes les 4 semaines en nombre de seringues préremplies (75 mg et 150 mg) autorisables:

Dose (mg)	Nombre de seringues		Nombre de piqûres par administration	1ère autorisation pour 16 semaines contenant 4 administrations: semaine zéro + semaine 4 + semaine 8 + semaine 12	
	75 mg	150 mg		75 mg	150 mg
75	1	0	1	4x1=4 seringues	4x0=0 seringues
150	0	1	1	4x0=0 seringues	4x1=4 seringues
225	1	1	2	4x1=4 seringues	4x1=4 seringues
300	0	2	2	4x0=0 seringues	4x2=8 seringues

Conversion de la dose administrée toutes les 2 semaines en nombre de seringues préremplies (75 mg et 150 mg) autorisables:

Dose (mg)	Nombre de seringues		Nombre de piqûres par administration	1ière autorisation pour 16 semaines contenant 8 administrations: semaine zéro + semaine 2 + semaine 4 + semaine 6 + semaine 8 + semaine 10 + semaine 12 + semaine 14	
	75 mg	150 mg		75 mg	150 mg
225	1	1	2	8x1=8 seringues	8x1=8 seringues
300	0	2	2	8x0=0 seringues	8x2=16 seringues
375	1	2	3	8x1=8 seringues	8x2=16 seringues

Je sollicite alors pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer les 16 premières semaines de traitement, en tenant compte du taux d'IgE sérique avant le traitement et le poids corporel, est mentionné ci-dessous:

□□ conditionnements de XOLAIR 75 mg seringue préremplie (maximum 8 conditionnements)

□□ conditionnements de XOLAIR 150 mg seringue préremplie (maximum 16 conditionnements)

**III - Identification du médecin-specialiste en pneumologie (nom, prénom adresse, N° INAMI):**

.....(signature médecin)

--

(cachet)