Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 5790200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.) :
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste affilié au centre SI (Soins Intensifs):
Je soussigné, docteur en médecine,
⊔ médecin spécialiste affilié au centre SI (Soins Intensifs)
certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 5790200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité NOXAP chez ce patient sont toutes remplies.
III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de NOXAP (cochez les cases appropriées) :
J'atteste qu'il s'agit d'un patient ventilé dans le cadre de chirurgie cardiaque souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire périopéraoire, et que les conditions suivantes sont remplies :
⊔ administrée dans une service de soins intensifs reconnu et
⊔ administrée uniquement après optimalisation de l'assistance respiratoire, comprenant l'utilisation de traitement conventionnel
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité NOXAP 800ppm mol/mo et l'utilisation d'un conditionnement de 20 litresI, en tenant compte d'une durée du traitement maximale de 72 heures :
⊔ ⊔⊔ heures de traitement
⊔ posologie initiale ⊔⊔ ppm
⊔ posologie finale ⊔⊔ ppm
IV – Identification du médecin spécialiste en néonatologie affilié au centre NIC (Soins Intensifs en Néonatologie) (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
1 - [] - [] - [] (n° INAMI)
/(date)

ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

(cachet)

(signature du médecin)