

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité BARACLUDE 1 mg (§ 4270000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)a patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique où un traitement par la lamivudine d'au moins 6 mois est devenu inefficace. J'arrête le traitement de la lamivudine. Le bilan de l'hépatite B chronique résistante à la lamivudine comprend tous les éléments suivants:

- et

- ☐ présent. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

- ou □ absent. (= mutant précore). Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLIDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

et

- et

- et**

- ☐ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et/ou fibrose, actuellement ou dans le passé. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐

Je demande le remboursement du BARACLUDE 1 mg à une posologie maximale de 1 mg par jour.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qui présente une hépatite B chronique, la prolongation du remboursement de BARACLUDE 1 mg :

- présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle.

- ou ☐ absent dès le début du traitement (mutant précoce). Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBs persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle.

et

- ☐ le taux d'ALAT était récemment normal.

Je demande la prolongation du remboursement du BARACLUDE 1 mg à une posologie maximale de 1 mg par jour.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | - | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | | / | | | | (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)