Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité BARACLUDE 0,5 mg (§ 5240000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
II - ⊔ Première demande:
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 et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants: ⊔ négatif pour le VIH
et ⊔ antigène HBs présent depuis plus de 6 mois et
⊔ antigène HBe
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 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 de VHB-ADN est deIU/ml (au moins 2.000 IU/ml) et
⊔ deux taux récents d'ALAT élevés deU/l et deU/l et
□ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et/ou fibrose. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie □ ou traitement par anticoagulants □ et
⊔ une fonction hépatique suffisante, donc pas de cirrhose dans le stade Child-Pugh B ou C et
□ absence de traitement antérieur par des agents antiviraux du groupe des analogues nucléo(s)(t)idiques
Je demande le remboursement du BARACLUDE 0,5 mg avec une posologie maximale de 0,5 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.
III - ⊔ Demande de prolongation:
Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qu présente une hépatite B chronique et active, la prolongation du remboursement de BARACLUDE 0,5 mg :
⊔ antigène HBe ⊔ présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrête
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 précore). 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 0,5 mg avec une posologie maximale de 0,5 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.
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
1 - [] - [] - [] (n° INAMI)

/ (da	ate)	
	(cachet)	 (signature du médecin)