

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VYNDAREL (§ 6770000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Three empty 10-column grids for recording data.

.....

.....

.....

.....

Version valable à partir du 01.01.2014

(je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce Centre, confirmant cette affectation)

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 𐀀𐀀 𐀀

Adresse :

.....

.....

.....

Je demande le remboursement de VYNDAQEL pour une période maximale de 12 mois à une posologie maximale de 20 mg une fois par jour par voie orale.

III - Demande de prolongation:

Je soussigné, médecin spécialiste, attaché à un Centre reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de patients souffrant de maladies neuromusculaires (CRNM ou Centre de Référence Neuromusculaire), demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus qui est atteint d'une polyneuropathie symptomatique de stade 1, la prolongation du remboursement de Vyndaqel pour un traitement de l'amyloïdose de la transthyrétine.

J'atteste que

- le patient ne présente pas de problèmes de sécurité significatifs du traitement.
- le traitement est efficace chez le patient, sur base des évaluations semestrielles de la progression de la maladie qui est définie comme.

Cette progression sera documentée comme la progression par la cardiopathie avec aggravation du stade de l'insuffisance cardiaque (1 point dans le système de classification NYHA) ou aggravation significative des troubles de la conduction OU ; par une évolution vers l'étape 2 de la neuropathie selon les critères de Coutinho :

Phénomènes / Symptômes	Etape 1	Etape 2 = pas de remboursement
Status ambulatorio	Pas besoin d'aide de routine pour marcher	Besoin d'aide de routine pour marcher
Déficiences sensorielles	Faible à modérée	Modérée à sévère
Trouble moteur	Faible	Modérée
Troubles des membres	Inférieurs	inférieurs / supérieurs limités
Dysautonomie	Faible	Modérée
La perturbation des activités quotidiennes normales	Aucune à modérée	Significative

Je transmets les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, au médecin conseil.

Je m'engage à arrêter immédiatement le traitement avec VYNDAQEL:

- si le patient présente une adhérence insuffisante au traitement;
- si le patient subit une transplantation hépatique;
- en cas de progression significative de la maladie comme défini plus haut pendant le traitement avec VYNDAQEL.

En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence:

Je suis attaché depuis le 𐀀 / 𐀀 au Centre mentionné ci-après, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation des patients souffrant de maladies neuromusculaires

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

.....

.....

.....

.....

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 𐀀-𐀀

