ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité INDUCTOS (§ 4830000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en chirurgie :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en chirurgie, certifie que les conditions figurant au § 4830000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'utilisation de la spécialité INDUCTOS chez ce patient sont toutes remplies, car l'administration de la spécialité a été réalisée pour la situation attentée au point III ci-descous

radministration de la specialite a	ete realisee pour la s	situation attestee au point iii ci-dessous .	
III – Situation du patient nécess	sitant l'utilisation D'	'INDUCTOS (cochez les cases appropriées) :	
J'atteste qu'il s'agit d'un patient q	ui :		
□ est âgé de plus de 1	8 ans		
□ présente une fracture	e ouverte de la diaph	nyse tibiale et que cette fracture est d'origine trau	ımatique
J'atteste qu'il s'agit d'une fracture	qui présente, dans l	la classification de Gustilo:	
⊔ un grade II ou			
⊔ un grade IIIA ou			
□ un grade IIIB			
J'atteste que la fracture a été trait	tée par un enclouage	e centromédullaire sans alésage.	
Sur base des éléments mentio conditionnement d'INDUCTOS	nnés ci-dessus, j'att	teste que ce patient remplit les conditions po	our recevoir le remboursement d'un
IV- Identification du médecin s	pécialiste en chirurg	gie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :	
	(nom)		
	(prénom)		
1-0000-00-000	(N° INAMI)		
	(Date)		
]		
	(CACHET)		(SIGNATURE DU MEDECIN)