

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CHONDROCELECT (§ 5830000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, (cochez la case correspondante)

- (F et P : spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle pour handicapés)

- la lésion cartilagineuse présente une superficie supérieure à 2 cm² ;
- la lésion cartilagineuse est classée en grade III ou IV selon la classification ICRS, comme constaté lors de l'arthroscopie;
- la lésion cartilagineuse n'est pas présente depuis plus de 3 ans (date de l'arthroscopie diagnostique : / /);
- le patient est âgé de moins de 50 ans au moment de l'intervention;
- il n'existe aucun signe d'ostéoarthrite avancée de l'articulation concernée (score Kellgren-Lawrence < 2).

- j'ai suivi, avec le personnel de soin, l'entraînement nécessaire et adapté préalablement à l'administration de ChondroCelect, comme l'exige l'autorisation spécifique de mise sur le marché;
- conformément à l'entraînement exigé par l'autorisation spécifique de mise sur le marché:
 - j'ai obtenu l'autorisation du patient pour l'administration du traitement, préalablement au traitement avec ChondroCelect,
 - je m'engage, après le traitement, à élaborer le programme de réadaptation approprié avec le patient,
 - je garantis, après le traitement, le suivi des données cliniques comme défini dans le manuel d'entraînement, avec visites fixées aux mois 6, 12, 24 et 36 après le traitement, et tiens cette information à disposition du médecin conseil;
- je peux fournir les soins qualitatifs exigés, car je peux démontrer dans la période de 24 mois précédent le premier traitement au ChondroCelect:
 - avoir déjà réalisé plus de 150 arthroscopies du genou OU,
 - avoir déjà réalisé plus de 10 interventions du type 'Arthroplastie fémoro-tibiale avec interposition de tissu' (codes 290231-290242) OU,
 - avoir déjà réalisé plus de 10 interventions du type 'Arthroplastie fémoro-tibiale sans interposition' (codes 290216-290220);
- je sais que le remboursement est limité à une dose de traitement par patient par lésion.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, je déclare que ce patient répond aux conditions pour le remboursement d'une dose de traitement de CHONDROCELECT.

