

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité BRIDION (§ 5630000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Three horizontal rows of empty boxes for writing answers, each row containing 20 boxes.

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en anesthésie-réanimation certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 5630000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de la spécialité BRIDION pour la situation suivante :

J'atteste que le patient susmentionné a nécessité l'utilisation de la spécialité BRIDION à la posologie de 16 mg/kg pour une décurarisation immédiate après un bloc neuromusculaire induit par **rocuronium**, par le fait que l'intubation s'est avérée impossible.

En effet, ce patient a subi une curarisation avec rocuronium pour une intervention chirurgicale programmée en date du / / (date).

De ce fait, je sollicite donc pour mon patient le remboursement des flacons dont le nombre nécessaire est calculé de la manière suivante :

Poids du patient : kg , correspondant à un maximum de mg de sugammadex pour ce patient, ce qui porte le nombre de
 flacons remboursables nécessaires à un total de :

maximum flacon(s) de 2ml (200 mg/flacon) avec un maximum de 7 flacons

OU maximum flacon(s) de 5ml (500 mg/flacon) avec un maximum de 4 flacons

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve justifiant que mon patient se trouvait dans la situation attestée.

J'atteste que le patient susmentionné a nécessité l'utilisation de la spécialité BRIDION à la posologie de 4 mg/kg pour une décurarisation rapide d'un bloc neuromusculaire profond, pour raisons médicales, avant été induit par **rocuronium ou vécuronium**.

L'intervention chirurgicale a eu lieu le / / (date).

Raison du bloc profond en fin d'intervention :

.....

Je certifie que j'ai effectué la mesure du bloc neuromusculaire et que j'ai observé une réapparition de 1 à 2 réponses minimum au Compte Post-Tétanique (PTC).

Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des flacons dont le nombre nécessaire est calculé de la manière suivante :

Poids du patient : kg , correspondant à un maximum de mg de sugammadex pour ce patient, ce qui porte le nombre de
 flacons remboursables nécessaires à un total de :

maximum flacon(s) de 2ml (200 mg/flacon)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve justifiant que mon patient se trouvait dans la situation attestée.

☐ **Remboursement de BRIDION à la dose de 2 mg/kg**

J'atteste que le patient susmentionné a nécessité l'utilisation de la spécialité BRIDION à la posologie de 2 mg/kg pour une décurarisation rapide d'un bloc neuromusculaire modéré résiduel ayant été induit par **rocuronium ou vécuronium** et que l'usage de la néostigmine lui est contre-indiqué pour une des raisons suivantes :

- ☐ obstruction mécanique de l'estomac ou des intestins
- ☐ obstruction mécanique des voies biliaires
- ☐ obstruction mécanique des voies urinaires
- ☐ allergie à la néostigmine

L'intervention chirurgicale a eu lieu le / / (date).

Je certifie que j'ai effectué la mesure du bloc neuromusculaire et que j'ai observé une réapparition spontanée de la 2^{ème} réponse au train de quatre (T₂).

De ce fait, je sollicite donc pour mon patient le remboursement des flacons dont le nombre nécessaire est calculé de la manière suivante :

Poids du patient : kg , correspondant à un maximum de mg de sugammadex pour ce patient, ce qui porte le nombre de flacons remboursables nécessaires à un total de :

maximum flacon(s) de 2ml (200 mg/flacon)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve justifiant que mon patient se trouvait dans la situation attestée.

III - Identification du médecin-spécialiste en anesthésie-réanimation (nom, prénom, adresse et n° INAMI) :

(nom)

(prénom)

- - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet du médecin)

.....

(signature du médecin)