

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité TARGINACT (§ 5810000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (numéro d'affiliation)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu au moins une autorisation de remboursement pour la spécialité TARGINACT.

Sur base du score BFI initiale, j'atteste que le traitement avec le TARGINACT a résulté dans une diminution cliniquement pertinente d'au minimum 12 points de la fonction intestinale, mesurée sur base du BFI en maintenant l'efficacité analgique, démontrant l'efficacité de ce médicament. J'estime que la prolongation du traitement est médicalement justifiée.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une prolongation de l'autorisation de remboursement pour la spécialité TARGINACT pour une période de 6 mois.

[illegible]

--

(cachet)

(signature du médecin)

Veuillez répondre à toutes les questions de ce questionnaire.

1. Facilité à déféquer au cours des 7 derniers jours, selon l'évaluation qui en est faite par le patient (à l'aide d'une échelle analogique numérique):

0 = facile/aucune difficulté
100 = extrême difficulté

2. Sensation d'évacuation incomplète des selles au cours des 7 derniers jours, selon l'évaluation qui en est faite par le patient (à l'aide d'une échelle analogique numérique):

0 = aucune
100 = très forte

3. Sensation de constipation au cours des 7 derniers jours, selon l'évaluation qui en est faite par le patient (à l'aide d'une échelle analogique numérique):

0 = aucune
100 = très forte

Month	Number of Visitors
January	95
February	40
March	60
April	75
May	85
June	90
July	95
August	90
September	85
October	75
November	60
December	50