ANNEXE A: Modèle du Formulaire de demande d			NDAQEL (§ 67700	000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)	
<u>l – Identification du bén</u>	éficiaire (nom, p	rénom, N°d'affiliat	ion):		
maladies neuromusculaire	es (CRNM ou Cen	tre de Référence Ne	euromusculaire), cer	des Conventions de rééducation de patients souffrant de rtifie que le patient mentionné ci-dessus (18 ans ou plus) nent de l'amyloïdose de la transthyrétine.	
Je suis informé du fait que les patients avec une amyloïdose primaire et les patients qui ont déjà subi une transplantation hépatique son exclus du remboursement du traitement avec VYNDAQEL.					
J'atteste et documente le fait que mon patient remplit toutes les conditions du point a) 1. Du § 6770000 de l'A.R. du 21 décembre 2001 et transmet les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, au médecin conseil:					
- un test ADN qui	confirme une muta	ation TTR amyloïdoç	gène;		
ET					
- un diagr Coutinho		opathie symptomation	que de stade 1 sur t	base d'une évaluation clinique selon les critères de	
	nomènes / ptômes	Etape 1	Etape 2 = pas de remboursement		
Statu	ut ambulatoire	Pas besoin d'aide de routine pour marcher	Besoin d'aide de routine pour marcher		
Défic	cience sensorielle	Faible à modérée	Modérée à sévère		
	ble moteur	Faible	Modérée		
mem		Inférieurs	inférieurs / supérieurs limités		
La pe	autonomie erturbation des ités quotidiennes nales	Faible Aucune à modérée	Modérée Significative		
ET - Le médecin tra progression de l		examen cardiaque	e (échelle NYHA) e	et doit enregistrer des valeurs de base afin d'évaluer la	
Je confirme faire évaluer hospitalière multidisciplina		possibilité d'une tra	nsplantation hépatiq	ue sur base d'une approche multidisciplinaire par l'équipe	
Je m'engage à arrêter imr	médiatement le trai	itement avec VYND/	AQEL si le patient su	ubit une transplantation hépatique.	
En ce qui concerne ma pi	ratique et l'identific	cation d'un pharmac	cien hospitalier de ré	éférence:	
Je suis attaché depuis le	∜ % au Centre r	mentionné ci-après,	qui est reconnu da	ns le cadre des Conventions de rééducation des patients	

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

.....

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

souffrant de maladies neuromusculaires

Identification d'un phar	macien hospitalier	de référence, collab	orant avec notre Centre:
Nom et Prénom :			
Numéro INAMI de l'hô Adresse :	pital auquel ce phar	macien hospitalier e	est attaché: 7.10 유럽
Je demande le rembou par voir orale.	irsement de VYNDA	QEL pour une péric	ode maximale de 12 mois à une posologie maximale de 20 mg une fois par jour
III - Demande de prol	ongation:		
maladies neuromuscula	aires (CRNM ou Cei ropathie symptoma	ntre de Référence N	onnu dans le cadre des Conventions de rééducation de patients souffrant de leuromusculaire), demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus qui est la prolongation du remboursement de Vyndaqel pour un traitement de
 le traitement comme. Cette progression point dans le syst 	est efficace chez le sera documentée d	e patient, sur base comme la progression on NYHA) ou aggra	significatifs du traitement. des évaluations semestrielles de la progression de la maladie qui est définie on par la cardiopathie avec aggravation du stade de l'insuffisance cardiaque (1 vation significative des troubles de la conduction OU; par une évolution vers
Phénomènes / Symptômes	Etape 1	Etape 2 = pas de remboursement	
Status ambulatoire	Pas besoin d'aide de routine pour marcher	Besoin d'aide de routine pour marcher	
Déficience sensorielle	Faible à modérée	Modérée à sévère	
Trouble moteur	Faible	Modérée	
Troubles des	Inférieurs	inférieurs /	
membres		supérieurs limités	
Dysautonomie	Faible	Modérée	
La perturbation des activités quotidiennes normales	Aucune à modérée	Significative	
Je transmet les élémer	nts de preuve établis	ssant que mon patie	ent se trouve dans la situation attestée, au médecin conseil.
 si le patient s 	résente une adhérer ubit une transplantat	nce insuffisante au ti tion hépatique;	
En ce qui concerne ma	a pratique et l'identif	ication d'un pharma	cien hospitalier de référence:
Je suis attaché depuis souffrant de maladies		mentionné ci-après	s, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation des patients
Le nom et l'adresse ex	acte de ce Centre	sont les suivants:	

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

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 -7-7

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 쀼↑ Adresse :
Je demande la prolongation du remboursement de VYNDAQEL pour une période maximale de 12 mois à une poslogie maximale de 20 mg une fois par jour par voie orale.
IV – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n°INAMI):
(nom)

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