

ANNEXE A : Formulaire de demande

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

Nom:

Prénom:

N° d'affiliation :

II - Première demande [point a) du paragraphe 5920000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001]:

1. ☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus présente l'arthrose, ou polyarthrite rhumatoïde, ou une spondylarthrite ankylosant avec des douleurs chroniques (> 6 mois) qui ne répondent pas suffisamment au traitement avec le paracétamol utilisé à doses optimales. Bien que les médicaments AINS soient médicalement justifiés, un traitement préalable avec de faibles doses de naproxène (< 550 mg par jour) ou avec des AINS non sélectifs ont conduit à une analgésie inadéquate.

Les cas de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante doivent être objectivés et confirmés dans un rapport établi par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne, confirmant le diagnostic, préalablement à la demande de remboursement. Ce rapport est mis à la disposition du médecin-conseil, dans le dossier médical du patient.

☐ En plus, chaque patient présente au moins l'un des facteurs de risque suivants:

- ☐ > 65 ans;
- ☐ une médication médicalement justifiée d'anticoagulants ou des antiagrégants;
- ☐ une médication médicalement justifiée de corticostéroïdes administrée de manière chronique et par voie systémique ,
- ☐ état de co-morbidité sévère, accompagné d'un risque gastro-intestinal augmenté;
- ☐ antécédent documenté d'un ulcère gastroduodéal avec complications (hémorragie, perforation gastro-intestinale ou obstruction, chirurgie gastro-intestinale);
- ☐ antécédent documenté d'un ulcère gastroduodéal sous traitement par AINS;
- ☐ insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV);
- ☐ cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous. Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS et j'en ai personnellement averti mon patient.

Traitement avec une posologie de 1000 mg par jour:

- ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 6) conditionnement(s) de 60 comprimés à VIMOVO 500 mg/20mg;

III - Demande de prolongation [point d) du paragraphe 5920000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001]:

2. ☐ Je soussigné, docteur en médecine, atteste que, chez le patient qui est mentionné ci-dessus et qui a déjà reçu le remboursement de cette spécialité dans le cadre d'un traitement d'arthrose, ou d'une polyarthrite ankylosante ou d'une spondylarthrite ankylosante, la prolongation du traitement est médicalement justifiée. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre au traitement sont mentionnés ci-dessous.

☐ J'ai réévalué les risques gastro-intestinaux et cardio-vasculaire du patient.

- ☐ Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS et j'en ai personnellement averti mon patient.

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 1000 mg par jour:

- ☐ Pendant une période de 360 jours remboursement de ____ (maximum 12) conditionnement(s) de 60 comprimés à VIMOVO 500 mg/20 mg.

IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

Nom:

Prénom:

N° INAMI: 1-

Date: .. - .. - ..

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)