

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité FORSTEO pour l'ostéoporose sévère induite par les glucocorticoïdes chez une femme ou un homme (§ 6140000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Le soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'une ostéoporose sévère, induite par une corticothérapie de longue durée (plus de 6 mois) à la dose journalière de 7,5 mg de prednison ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue, et remplit simultanément toutes les conditions suivantes:

- un traitement préalable d'au moins 12 mois par un biphosphonate, et
- au moment de l'initiation du traitement avec la spécialité FORSTEO, un T-score calculé par rapport à une population de référence masculine et féminine (selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme) < - 2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique d'absorptiométrie radiologique à double énergie, et
- au moins une fracture vertébrale, définie par une réduction d'au moins 25 %, et d'au moins 4mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre des vertèbres considérées, démontré par un examen radiologique.

Je joins au présent formulaire le protocole de la radiographie et de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.
Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil le remboursement de FORSTEO à 20 microgrammes par jour pour une période de 9 mois, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à 10 stylos préremplis.

Le patient souffre d'une ostéoporose sévère telle que définie ci-dessus et a été traité par un biphosphonate (nom de la spécialité) pendant la période suivante: (date) à (date).

III – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | | / | | | | (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)