

Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit PEGASYS (§ 2710300 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001)

I. Identificatie rechthebbende:

Voornaam en naam van de rechthebbende:

Adres van de rechthebbende:

Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling:
(of zelfklever ziekenfonds)

II. Eénmalige aanvraag:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de voormelde volwassen patiënt(e) lijdt aan een chronische actieve hepatitis B waarbij het diagnostisch bilan alle volgende elementen bevat:

HBs antigen aanwezig sinds meer dan 6 maanden
en

HBV-DNA gehalte bedraagt IU/ml.
Dit is tussen 2.000 en 2 miljoen IU/ml.
en

recente ALT-waarde van U/l.
Dit is meer dan tweemaal de bovenlimiet van de normale waarden van het laboratorium.
en

leverbiopsie waarvan het histologisch onderzoek een matige tot ernstige necro-inflammatie aantoont.
Deze leverbiopsie is niet vereist bij hemofilie of behandeling met anticoagulantia .
en

afwezigheid van pre-cirrose en cirrose
en

afwezigheid van levertransplantatie
en

HIV-negatief
en

(van toepassing in het geval van vroegere inname van nucleoside/nucleotide analoog) Ik verklaar dat de vervaldatum van de laatste machtiging voor de terugbetaling van de virusremmer minstens 6 maand voorbij is en dat deze virusremmer op medische grond gestopt is. Mijn patiënt vertoont herval van chronische hepatitis B zoals aangetoond door een stijging van de viremie (HBV-DNA) gerealiseerd op intervallen van minstens 3 maand.

Ik vraag de terugbetaling van PEGASYS aan met een dosering van µg (maximaal 180 µg) SC éénmaal per week gedurende weken (maximaal 48 weken).

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

III. Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

..... (naam)

..... (voornaam)

1 - - - (RIZIV nr)

/ / (datum)

stempel