

BIJLAGE A: model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker:

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit NEXAVAR (§ 4770000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II - Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de medische oncologie of geneesheer-gastroenteroloog met bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist

in de medische oncologie

(of)

in de gastroenterologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie,

verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) en punt b) van § 4770000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van NEXAVAR bij deze patient allen voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder:

III - Toestand van de patient die de toediening van NEXAVAR momenteel nodig maakt (vul de passende vakjes in):

Ik verklaar dat het om een patient gaat die lijdt aan een gevorderd hepatocellulair carcinoom met een Child-Pugh A leverfunctie en dat de diagnose van hepatocellulair carcinoom is vastgesteld door medische beeldvorming (dynamische NMR of CT-scan met contrast en geanalyseerd over verschillende fazen (beeldvorming uitgevoerd op // of een biopsie (biopsie uitgevoerd op //).

In afwezigheid van cirrhose of hepatitis B, of in geval van twijfel, blijft een biopsie noodzakelijk voor de diagnose van HCC.

Ik beschik in mijn dossier over het rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC), daterend van // (datum) bij de welke de behandeling met NEXAVAR beslist werd.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhangt van het uitvoeren, om de 12 behandelings- weken of vroeger indien de klinische situatie dit vereist van een klinische evaluatie met onder andere een medische beeldvorming door middel van een CT-scan, NMR of echografie, biochemische testen die wijzen op een stabiele en/of niet-progressieve-HCC aandoening.

Ik verklaar dat het om een eerste periode van 12 weken behandeling gaat die op // gestart werd met een klinische evaluatie met een CT-scan of een MRI die dus een eerste keer op // werd/zal worden uitgevoerd.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patient de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 12 weken 3 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

Ik verklaar dat deze patient al een of meerdere periode(s) van 12 weken behandeling heeft gekregen en dat de vorige klinische evaluatie, met name met een CT-scan, echografie of een MRI, die op // werd uitgevoerd, aantoonde dat de behandeling dient verder gezet te worden gezien de patient er een klinisch voordeel mee ervaart. Aangezien de behandeling verder gezet wordt, is de volgende klinische evaluatie voorzien ten laatste op //.

Daarboven, verbind ik mij ertoe om de behandeling met NEXAVAR te stoppen in geval er zich, ondanks de behandeling, een progressie van de ziekte voordoet en om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patient zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te stellen van de adviserend geneesheer, met name het evolutierapport (minstens om de 12 weken opgesteld en die, op medisch vlak, de voortzetting van de behandeling verantwoordt), de protocollen van de medische beeldvorming evenals het hierboven vermelde rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC).

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patient de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 12 weken 3 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

IV - Identificatie van de geneesheer-specialist in medische oncologie of geneesheer-gastroenteroloog met bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

(naam)

(voornaam)

1 - - - (nr. RIZIV)

// (datum)

(stempel)

.....
(handtekening van de
geneesheer)