

**Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit BARACLUDE 0,5 mg**  
 (§ 5240000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001)

**I - Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):**

--	--	--

**II -  Eerste 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:

- HIV-negatief  
**en**
- HBs antigen aanwezig sinds meer dan 6 maand  
**en**
- HBe antigen
  - aanwezig. Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBe seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd
  - of  afwezig (=precore mutant). Ik engageer me de behandeling met BARACLUDE te stoppen bij ALT-stijging of bij verslechtering van het histologisch beeld, alsook bij HBs seroconversie aangetoond door 2 biologische onderzoeken uitgevoerd met minstens 6 maanden tussentijd
- en**
- HBV-DNA gehalte bedraagt .....IU/ml (minstens 2.000 IU/ml)  
**en**
- twee recent gestegen ALT-waarden van .....U/l en ..... U/l  
**en**
- leverbiopsie met inflammatie en/of fibrose als resultaat. Deze leverbiopsie is niet vereist bij hemofilie  of behandeling met anticoagulantia   
**en**
- voldoende leverfunctie-reserve, dus geen cirrose in stadium Child-Pugh B of C  
**en**
- nooit eerder behandeld met antivirale nucleo(s)(t)ide-analogen

Ik vraag de terugbetaling van BARACLUDE 0,5 mg aan met een maximale dagdosis van 0,5 mg per dag.

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

**IV - Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):**

(naam)

(voornaam)

1 -  -  -  (n° RIZIV)

/  /  (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)