Bijlage A: Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit TARGAXAN volgens § 9530000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - aanvraag

Ik ondergetekende, arts-specialist met Riziv-nummer dat eindigt op 580, 588, 650, 651, 659 of 987 verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden om de vergoeding van rifaximine, toegevoegd aan een behandeling met vergoedbare lactulose, voor de preventie van nieuwe episodes van manifeste hepatische encefalopathie te verkrijgen, namelijk:

- □ Het gaat om een volwassen patiënt met de diagnose van levercirrose;
- □ De patiënt had minstens 2 antecedenten van manifeste hepatische encefalopathie, gedefinieerd als CONN-score ≥ 2 (of West Haven schaal genoemd) op een schaal van 0-4;
- □ Actueel is de patiënt zonder hepatische encefalopathie, gedefinieerd als CONN-score ≤ 1 op een schaal van 0-4;
- □ Mijn patiënt heeft geen transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt;
- □ De patiënt vertoont geen transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt noch chirurgisch aangelegde shunt;
- □ Uitlokkende factoren zoals infecties, gastro-intestinale bloedingen, geneesmiddelen, nierfalen zijn reeds maximaal gecorrigeerd voor de start van de behandeling met rifaximine;
- □ De patiënt vertoont geen intestinale obstructie noch andere vormen van ileus.

Ik weet dat het maximaal aantal vergoedbare verpakkingen 6 bedraagt, voor een maximale vergoedbare dagdosis van 550 mg tweemaal per dag.

Ik verbind mij ertoe om al de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, en die op eenvoudig verzoek te bezorgen.

Ik vraag een eerste periode aan van behandeling van 24 weken.

Ik vraag een vervolgperiode aan van behandeling van 24 weken.

III - Identificatie van de arts-specialist (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) .... (handtekening van de arts)