

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit op basis van brentuximab vedotin (§ 10300000 van hoofdstuk IV van het KB van 01 februari 2018)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend in de dermatologie met ervaring in de behandeling van CTCL of erkend in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie of medische oncologie verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die 18 jaar of ouder is, lijdt aan:

- en dat hij voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 10300000 van hoofdstuk IV van het KB van 01 februari 2018.

In bijlage voeg ik een medisch verslag dat de elementen vermeldt die toelaten de diagnose te stellen en dat de vroegere en recente evolutie van de aandoening (laboreresultaten, aard van de behandeling(en)) chronologisch beschrijft.

Ik beschik in mijn medisch dossier over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) daterend van
 00 / 00 / 0000 dat het akkoord geeft voor de behandeling met de betrokken specialiteit.

Ik verbind me ertoe aan de adviserend arts de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Lk verbind er mij toe een evaluatie uit de voeren van de klinische toestand van de patiënt na elke behandeling van 4 cycli met telkens een volledig huidnazicht door een arts-specialist in de dermatologie met ervaring in de behandeling van CTCL en radiologische beeldvorming.

Lk verbind er mij toe de behandeling met de betrokken specialiteit te stoppen bij therapiefalen, bij ziekteprogressie of bij intolerantie zoals gedefinieerd in de Samenvatting van de Product Kenmerken (SPK).

Op basis van de bovenvermelde gegevens bevestig ik dat deze patiënt een vergoeding dient te verkrijgen voor een behandeling met de betrokken specialiteit, rekening houdende met een maximale posologie van 1,8 mg/kg per 3 weken. Het maximale aantal terugbetaalbare cycli is beperkt tot 16 per behandeling.

Ik ben erkend als arts-specialist in de in dermatologie of in de inwendige geneeskunde met
bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie of medische oncologie.

Naam en volledig adres van deze ziekenhuisdienst zijn de volgende:

.....

.....

.....

.....

Naam _____ en _____ voornaam: _____

Adres:.....
.....
.....
.....

_____ (naam)

| (voornaam)

1 - - - - - (RIZIV n°)

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

--

(Stempel)

..... (Handtekening van de arts)