BIJLAGE A : Model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor de vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van ropeginterferon alfa-2b ingeschreven in § 13060200 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

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

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

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

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

II - Elementen te bevestigen door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling :

☐ **Het betreft een eerste aanvraag tot vergoeding :**

Ik ondertekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie en verantwoordelijke voor de behandeling, verklaar dat de hoger vermelde volwassen rechthebbende in behandeling is voor polycythemia vera en resistent is tegen hydroxycarbamide of dit middel niet verdraagt. Deze intolerantie en/of resistentie voor hydroxycarbamide wordt geobjectiveerd door het (de) volgende criterium(a) :

- ☐ Nood aan flebotomie om hematocriet < 45% te houden na 3 maanden behandeling met hydroxycarbamide bij een dosis van minstens 2 g/dag of bij de hoogste getolereerde dosis.

EN/OF

- ☐ Bloedplaatjes > 400 x 10^9/L EN witte bloedcellen > 10 x 10^9/L na 3 maanden behandeling met hydroxycarbamide bij een dosis van minstens 2 g/dag of bij de hoogste getolereerde dosis.

EN/OF

- ☐ Absolute neutrofielentelling < 1.0 x 10^9/L OF bloedplaatjes < 100 x 10^9/L OF hemoglobine < 10 g/dL aan de laagste hydroxycarbamide dosis die nodig is om een volledige of partiële respons te hebben.

EN/OF

- ☐ Aanwezigheid van minstens 1 ulcus of elk ander onaanvaardbaar niethematologisch symptoom dat samenhangt met de toediening van hydroxycarbamide zoals mucocutane symptomen, ernstige GI-symptomen, pneumonie, koorts of onverdraaglijke pruritus.

Ik houd een medisch rapport, dat de elementen vermeldt die toelaten de resistentie en/of intolerantie aan hydroxycarbamide te bevestigen en dat de evolutie van de aandoening (laboresultaten, beeldvorming van de milt als van toepassing, aard van de behandeling(en)) chronologisch beschrijft, ter beschikking van de adviserend-arts.

Ik vraag voor deze rechthebbende de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van ropeginterferon alfa-2b ingeschreven in § 13060200 :

- Voor een eerste periode van ⊔⊔ weken (maximaal 78 weken).
- Voor ⊔⊔ verpakkingen van 1X250 µg (maximum 78 verpakkingen).

☐ **Het betreft een aanvraag tot verlenging van de vergoeding :**

Ik ondertekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie en verantwoordelijke voor de behandeling, verklaar dat de rechthebbende zich bij de eerste aanvraag tot vergoeding in één van bovenstaande situaties bevond.

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend bleek te zijn bij deze rechthebbende, zoals aangetoond door een adequate hematologische respons, als volgt gedefinieerd: hematocriet <45% zonder aderlating (minstens 1 maand sinds de laatste aderlating).

Ik houd de bewijselementen die aantonen dat de rechthebbende zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend-arts.

Ik vraag voor deze rechthebbende de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van ropeginterferon alfa-2b ingeschreven in § 13060200 :

- Voor een nieuwe periode van ⊔⊔ weken (maximaal 52 weken).
- Voor ⊔⊔ verpakkingen van 1X250 µg (maximum 52 verpakkingen).

III – Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld :

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

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

Versie geldig vanaf 01.09.2024