

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker vooraafgaandelijk aan de facturatie van de specialiteit LEVACT (§ 5870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

Ik ondergetekende, geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de hematologie, verklaar dat bovenvermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden van § 5870000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

☐ chronische lymfatische leukemie (Binet B of C) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld met chemotherapie en die niet in aanmerking komt voor een fludarabine combinatiebehandeling en die ouder is dan 18 jaar

- indolent non hodgkin lymfoom dat ziekteprogressie vertoonden tijdens of binnen 6 maanden na behandeling met rituximab of een rituximab bevattend schema
- en die behandeld wordt met LEVACT in monotherapie
- en die ouder is dan 18 jaar

- multipel myeloom (Durie-Salmon stadium II met progressie of III) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld met chemotherapie en die niet in aanmerking komt voor een autologe stamceltransplantatie
- en die bij de diagnose een klinische neuropathie vertoont die een thalidomide of bortezomib bevattende behandeling verhindert
- en die ouder is dan 65 jaar.

Op basis van de hoger vermelde elementen bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit LEVACT noodzakelijk is.

_____ (naam)

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

1 - - - - - (RIZIV n°)

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

--

.....

Versie geldig vanaf 01.12.2014