

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit PARSABIV (§ 9240000 van hoofdstuk IV van het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018).

[illegible]

Ik ondergetekende, arts, specialist in de nefrologie of in de inwendige geneeskunde verbonden aan een erkend dialysecentrum verklaart dat de voorwaarden gesteld in punten a) of b) van § 9240000 van hoofdstuk IV van het KB van 1 februari 2018 voor de terugbetaling van de toediening van PARSABIV bij deze patiënt allemaal voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder:

Ik verklaar dat het om secundaire hyperparathyroidie gaat bij een volwassen patiënt met chronisch nierfalen die met hemodialyse wordt behandeld.

Ik verklaar dat ondanks een optimale therapie met een vitamine D derivaat en/of een fosfaatbinder gedurende minstens 6 maanden, hij voldoet (of voldeed bij het opstarten van de behandeling met PARSABIV) aan alle volgende voorwaarden :

- PTH (parathyroïd hormoon) waarden van ≥ 9 keer de “upper limit of normal” (ULN);
- een serumconcentratie van gecorrigeerd calcium (cCa) $\geq 8,3$ mg/dl voor een dialyse-sessie.

Ik verbind mij ertoe de behandeling te stoppen na een periode van maximum 4 maanden vanaf het opstarten van de behandeling, of na een periode van maximum 12 maanden in geval van verlenging, wanneer ik vaststel dat aan geen van de volgende voorwaarden is voldaan :

- een PTH waarde tussen de 2 en 9 keer de ULN;
of
- minstens 30% afname van de PTH waarde t.o.v. de beginwaarde voor de behandeling.

Ik verbind mij ertoe, na een eerste periode van maximum 4 maanden behandeling , een controle uit te voeren die alle nodige onderzoeken omvatten om de aanwezigheid van de hierboven vermelde voorwaarden na te gaan.

Ik verbind mij ertoe, in geval van één of meerdere verlengingen na deze eerste periode, een controle uit te voeren, na elke periode van maximum 12 maanden, die alle nodige onderzoeken omvatten om de aanwezigheid van de bovengenoemde voorwaarden na te gaan.

Ik verbind mij ertoe om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Eerste aanvraag: opstarten van een behandeling met PARSABIV
(de eerste 4 maanden van de behandeling)

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit PARSABIV nodig heeft voor het opstarten van de behandeling met een maximale dosis van 15 mg, toegediend 3 keer per week.

Ik verbind mij ertoe om de behandeling te stoppen wanneer ik vaststel, na een eerste periode van maximum 4 maanden behandeling, dat de patiënt aan de hierboven vermelde voorwaarden niet voldoet.

Tweede aanvraag en volgende: verlenging van de behandeling met PARSABIV (na de eerste 4 maanden behandeling)

De eerste toediening van PARSABIV werd uitgevoerd op / / (datum).

(handtekening van de arts)