

BIJLAGE A : Model van het formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaandelijk aan de facturatie van de specialiteit METOJECT (§ 9180000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018)

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (inschrijvingsnummer)

II – Elementen te bevestigen door een arts verantwoordelijk voor de behandeling:

Ik ondergetekende arts, verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de voorwaarden gesteld in § 9180000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voor de terugbetaling van de toediening van METOJECT bij deze patiënt alle voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder.

III - Toestand van de patiënt die in aanmerking komt voor een behandeling met METOJECT (vul de passende vakjes in):

Ik verklaar de volgende elementen:

1. De patiënt lijdt aan :

- Actieve reumatoïde artritis bij patiënten vanaf 18 jaar
- Polyartritische vormen van ernstige, actieve juveniele idiopathische artritis
- Ernstige psoriasis bij patiënten vanaf 18 jaar
- Ernstige artritis psoriatica bij patiënten vanaf 18 jaar
- Lichte tot matige vormen van de ziekte van Crohn bij patiënten vanaf 18 jaar,

2. De patiënt kreeg eerder een behandeling met parenteraal methotrexaat

Naam van de specialiteit

gedurende minstens 12 weken : periode van toediening van deze eerdere specialiteit :
van tot

3. de respons of tolerantie op deze behandeling ontoereikend is gebleken
Reden :

.....
.....
.....
.....

4. Het gaat om een eerste behandeling met METOJECT van 12 maand die op / / gestart werd.

Het gaat om een verlenging van de behandeling met METOJECT gedurende 12 maanden. Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken in vergelijking met de klinische situatie van de patiënt voor de aanvang van de behandeling.

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.

IV – Identificatie van de arts verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____/____/_____ (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de arts)