

Bijlage B: Model van formulier met klinische beschrijving en levenskwaliteit vóór aanvang van de behandeling

Formulier met de klinische beschrijving en levenskwaliteit voor de aanvang van de behandeling met de specialiteit XOLAIR voor ernstig ongecontroleerd extrinsiek allergisch astma (§ 3790000 hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001) (te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer van de betrokken rechthebbende)

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijving bij de V.I.):

.....

II - Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie:

Ik ondergetekende, erkend arts-specialist in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt minstens 12 jaar oud is, en lijdt aan ernstig ongecontroleerd extrinsiek allergisch astma, die onvoldoende onder controle is ondanks dagelijkse hoge dosis inhalatiecorticosteroïden, plus een geïnhalede langwerkende beta-2-agonist conform de laatste GINA-guidelines, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 3790000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Ik bevestig dat de bronchusobstructie bevestigd werd aan de hand van spirometrie, waaruit verminderde longfunctie bleek, nl. FEV1 %
op / / (datum)

Ik bevestig dat allergie werd vastgesteld aan de hand van:
 een positieve huid (prick) test
of
 een positieve in vitro reactiviteit (RAST) tegen een permanent aanwezig aëro-allergeen
op / / (datum)

Ik bevestig dat deze patiënt:
een lichaamsgewicht heeft van kg;
een serum IgE-gehalte heeft van IE/ml (≥ 76 IE/ml en < 700 IE/ml)
op / / (datum)

Ik bevestig dat deze patiënt dagelijks volgende geneesmiddelen neemt:
1) Hoge dosis inhalatiecorticosteroïd (>1000 μ g/dag beclomethason of >800 μ g budesonide of >500 μ g/dag fluticason):
..... (geneesmiddel) aan een dosis van μ g/dag

En
2) Langwerkende beta-2-agonist (2x50-100 μ g/dag salmeterol of 2x12-24 μ g/dag formoterol):
..... (geneesmiddel) aan een dosis van μ g/dag

Ik bevestig dat deze patiënt ongecontroleerd blijft, ondanks de hierboven vermelde geneesmiddelen, wat blijkt uit:
 regelmatig symptomen overdag (gemiddeld ≥ 2 x/week, met nood voor rescue-medicatie)
of
 's nachts wakker worden omwille van astmasymptomen
en
het optreden van minstens 2 gedocumenteerde ernstige astma-exacerbaties in de voorbije 12 maanden, in lijn met de internationale GINA consensus:

Op <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> (datum): Met <input type="checkbox"/> nood voor systemisch corticosteroïden Of <input type="checkbox"/> behandeling op de spoeddiensten Of <input type="checkbox"/> hospitalisatie	Op <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> (datum): Met <input type="checkbox"/> nood voor systemisch corticosteroïden Of <input type="checkbox"/> behandeling op de spoeddiensten Of <input type="checkbox"/> hospitalisatie
--	--

Op grond hiervan bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een toegediende behandeling met XOLAIR, aan een posologie van mg (max. 375 mg) iedere 2 of 4 weken.

III - Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie, (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

..... (naam)
..... (voornaam)
1-..... (N° RIZIV)
..... (datum)

.....(handtekening arts)

(stempel)