

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)
1-XXXXXX-XX-XXXX (N° RIZIV)
XX/XX/XXXX (datum)

.....(handtekening arts)

(stempel)

Bijlage D: Model van formulier met klinische beschrijving en levenskwaliteit na initieel 16 weken en dan na perioden van telkens maximum 12 maanden behandeling met XOLAIR

Formulier met de klinische beschrijving en levenskwaliteit bij 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, arts-specialist in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt, die minstens 12 jaar oud is, reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling met de specialiteit XOLAIR, gedurende minstens 16 weken voor de behandeling van ernstig ongecontroleerd extrinsiek allergisch astma, die onvoldoende onder controle was ondanks dagelijkse hoge dosis inhalatiecorticosteroïden, plus een geïnhaleerde langwerkende beta-2-agonist conform de laatste GINA-richtlijnen.

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken, wat blijkt uit de verbeterde klinische toestand en/of levenskwaliteit van de patiënt ten opzichte van vóór de aanvang van de behandeling.

Ik bevestig dat mijn 'Algemene evaluatie van de doeltreffendheid van de behandeling' met betrekking tot de astmasymptomen is:

- uitstekend (volledige astmacontrole) (*)
- goed (merkbare verbetering van astma) (*)
- matig (waarneembare maar beperkte astmacontrole)
- slecht (geen merkbare verandering van astma)
- verslechtering (van astma)

(*) beschouwd als responder op de XOLAIR behandeling

Op grond hiervan bevestig ik dat deze patiënt nood heeft aan een behandeling met XOLAIR en vraag ik voor deze patiënt de terugbetaling aan van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 12 maanden te verzekeren, en hierin rekening houdend met het initiële serum IgE-gehalte en het lichaamsgewicht, hieronder vermeld wordt:

..... 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)