

BIJLAGE A : model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit van 21 december 2001)

(§ 8320300 van hoofdstuk IV van het KB

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

_____ (aansluitingsnummer)

II - Elementen door de behandelende arts te attesteren

Ik, ondergetekende, arts-specialist in cardiologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de patiënt, hierboven vermeld, de voorwaarden vervult die voorkomen in § 8320300 van het Hoofdstuk IV van K.B. van 21.12.2001 om de vergoeding te bekomen voor de specialiteit op basis van 5 mg rosuvastatine.

Deze patiënt toont predisponerende factoren (*) voor myopathie / rhabdomyolyse waarvoor een dagdosis van 5 mg voldoende is:
(*) Dergelijke factoren omvatten onder meer: nierinsufficiëntie, hypothyroïdie, persoonlijke of familiale anamnese met erfelijke spierziekte, musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese, alcoholmisbruik, leeftijd > 70 jaar, situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden, gelijktijdig gebruik van fibraten.

Bovendien heeft deze volwassen patiënt een dyslipemie van een andere genetische vorm dan deze beschreven in §8320100 en 8320200, aangetoond door:

- de aanwezigheid van een zeer hoog totaal cholesterol (> 300 mg / dl) met of zonder hypertriglyceridemie, bij ten minste twee metingen onder een aangepast dieet
- en voorgeschiedenis van vroegtijdig cardiovasculaire lijden (mannen <55 jaar, vrouwen <60 jaar)

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot de maximale dosis zoals gedefinieerd in de officiële Samenvatting van de Karakteristieken van het Product.

Ik weet dat een maximale vergoedbare dosering beperkt is tot 5 mg per dag en tot één verpakking van 28 of 30 tabletten.

Ik verbind me ertoe de impact van de behandeling na te gaan door een jaarlijks lipidenprofiel uit te voeren waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken dat de betrokken patiënt zich op in de hierboven vermelde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van bovenstaande elementen attesteer de vergoeding van de specialiteit op basis van 5 mg rosuvastatine moet krijgen.

III – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nr):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

