Aanvraagformulier:

Aanvraag tot vergoeding van de specialiteit ACTOS

I - Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

II - Eerste aanvraag:

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voormelde patiënt zich in geen enkele toestand bevindt die onverenigbaar is met de vergoeding van ACTOS (zwangerschap, concomitante behandeling met insuline of met de specialiteit AVANDIA of met een bitherapie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide of die een voorgeschiedenis heeft van hartinsufficiëntie, of waarbij de serumspiegel van hepatische alanine amino-transferase (ALAT) hoger is dan 2,5 maal de bovenste waarde), ten minste 18 jaar oud is, lijdt aan diabetes type 2 die onvoldoende gecontroleerd werd na een voorafgaande behandeling van ten minste drie maanden in monotherapie met:

1. □ metformine aan de gebruikelijke maximale dosering die onvoldoende was om het geglycosileerde hemoglobine (HbA1c) onder een niveau te brengen dat overeenstemt met 125% van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium, en dat die patiënt lijdt aan een overgewicht met een body mass index (BMI) hoger dan 27, uitgedrukt in gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte in meter. Om die reden verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 6 maanden de vergoeding van de specialiteit ACTOS moet krijgen voor een behandeling in associatie met metformine. Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer. Ik vraag voor mijn patiënt de vergoeding van de verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder zijn vermeld :

Behandeling van 15 mg per dag gedurende 6 maanden:
Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 15 mg;

2. □ een hypoglycemiërend sulfamide aan de gebruikelijke maximale dosering die onvoldoende was om het geglycosileerde hemoglobine (HbA1c) onder een niveau te brengen dat overeenstemt met 125 % van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium, en dat de patiënt een contra-indicatie of een intolerantie voor metformine vertoont. Om die reden verklaar ik dat die patiënt gedurende een periode van 6 maanden de vergoeding moet krijgen van een behandeling met de specialiteit ACTOS in associatie met een hypoglycemiërend sulfamide. Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer. Ik vraag voor mijn patiënt de vergoeding van de verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder zijn vermeld :

Behandeling van 15 mg per dag gedurende 6 maanden:
Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 15 mg.

III – Aanvraag tot verlenging

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat voormelde patiënt nood heeft aan een verlenging, voor een periode van 6 maanden, van de eerder toegestane vergoeding voor de specialiteit ACTOS. Die patiënt bevindt zich immers in geen enkele toestand die onverenigbaar is met de vergoeding van ACTOS (zwangerschap, een concomitante behandeling met insuline of met de specialiteit AVANDIA of met een bitherapie van metformine en een hypoglycemiërend sulfamide of die een voorgeschiedenis heeft van hartinsufficiëntie, of waarbij de serumspiegel van hepatische alanine amino-transferase (ALAT) hoger is dan 2,5 maal de bovenste waarde) en dat zijn geglycosileerde hemoglobinegehalte niet het niveau bereikt dat overeenstemt met 150 % van de normale bovenste waarde van het betrokken laboratorium. Ik houd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer. Ik vraag voor mijn patiënt de vergoeding van de verpakkingen waarvan het aantal en de dosering die voor de behandeling nodig zijn, hieronder zijn vermeld :

1. Verlenging van een behandeling in associatie met <u>metformine</u> ;

1.1. Behandeling met 15 mg per dag gedurende 6 maanden:

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 15 mg;

1.2. Behandeling met 30 mg per dag gedurende 6 maanden, in geval van onvoldoende reactie op een behandeling met 15 mg per dag gedurende ten minste 8 weken;

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 30 mg;

1.3. Behandeling met 30 mg per dag gedurende 6 maanden, als verlenging van een behandeling van 30 mg per dag ingesteld tengevolge van de onder 1.2 opgesomde voorwaarden

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 30 mg;

2. Verlenging van een behandeling in associatie met een <u>hypoglycemiërend sulfamide</u> :

2.1. Behandeling met 15 mg per dag gedurende 6 maanden:

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 15 mg;

2.2. Behandeling met 30 mg per dag gedurende 6 maanden, in geval van onvoldoende reactie op een behandeling met 15 mg per dag gedurende ten minste 8 weken;

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 30 mg;

2.3. Behandeling met 30 mg per dag gedurende 6 maanden, als verlenging van een behandeling van 30 mg per dag ingesteld tengevolge van de onder 1.2 opgesomde voorwaarden

□ Vergoeding van 6 verpakkingen van 28 x 30 mg;

IV- Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

DATUM: □□-□□-□□□□

HANDTEKENING:

(STEMPEL)