

# REMICADE® Aanvraag voor terugbetaling

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

## A. EERSTE AANVRAAG VOOR TERUGBETALING: nieuwe patiënt met ziekte van Crohn:

**Ernstige vorm** die actief blijft, ondanks een optimale behandeling gedurende een minimale periode van 3 maanden met:

**corticoïde** .....

Begindatum behandeling: ...../...../.....

Dosering: .....

en/of

**immunosuppressivum** .....

Begindatum behandeling: ...../...../.....

Dosering: .....

**fistuliserende vorm** waarbij de fistels blijven draineren ondanks een optimale behandeling gedurende een minimale periode van 3 maanden met:

**antibioticum** .....

Begindatum behandeling: ...../...../.....

Dosering: .....

en/of

**immunosuppressivum** .....

Begindatum behandeling: ...../...../.....

Dosering: .....

### Beschrijving van de belangrijkste symptomen

Diarree

Buikpijn

Rectaal bloedverlies

Vermagering

Koorts

Andere: .....

Ik bevestig dat de huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose bij deze patiënt overeenstemt met de situatie waarvan het vakje hieronder is aangekruist:

Radiografie van de longen en Mantoux-test negatief;

Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief: een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een geneesheer-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt C van dit formulier. Een eventuele latente TBC is thans sinds meer dan 4 weken adequaat behandeld, wat bevestigd wordt door een geneesheer-specialist in de pneumologie (zie punt C).

Gewicht van de patiënt: ..... kg

Posologie: ..... mg/kg

Aantal verpakkingen van 100 mg: .....

## B. AANVRAAG TOT HERNIEUWING VAN DE MACHTIGING TOT TERUGBETALING NR .....

**Ernstige vorm:** die reeds eerder met ten minste 1 infusie behandeld werd, met klinische verbetering van de actieve vorm binnen de periode van 4 weken na de voorgaande infusie

Datum eerste infusie van de voorgaande serie: ...../...../.....

**Fistuliserende vorm** die reeds eerder met ten minste één serie van 3 infusies in een periode van 6 weken behandeld werd, voor zover een klinische verbetering van de fisteldrainage binnen de periode van 10 weken na de eerste inf. van de 3 inf. van de voorgaande serie

Datum eerste infusie van de voorgaande serie: ...../...../.....

### BESCHRIJVING WERKZAAMHEID:

Volledige remissie

Duidelijke verbetering

Gewicht van de patiënt: ..... kg

Posologie: ..... mg/kg

Aantal verpakkingen van 100 mg: .....

Identificatie van de geneesheer-specialist in de gastro-enterologie of in de inwendige geneeskunde of in de kindergeneeskunde (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

.....(naam)

.....(voornaam)

.....(nr. RIZIV)

.....(datum)

STEMPEL - HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER

C. ELEMENTEN TE BEVESTIGEN DOOR EEN GENEESHEER-SPECIALIST IN DE PNEUMOLOGIE (INDIEN VAN TOEPASSING)

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

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

Ik, ondergetekende, geneesheer-specialist in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde patiënt zich in de volgende situatie bevondt:

Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief.

Ik bevestig hierbij dat deze patiënt in het verleden een adequate tuberculostaticabehandeling kreeg tegen actieve tuberculose, met name:

..... (toegediende tuberculostatica)

• Sinds ..... / ..... / ..... (datum van aanvang)

• Gedurende ..... maanden (duur van de behandeling)

Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze patiënt

Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente tuberculose heden de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie sinds meer dan 4 weken gevolgd worden.

Identificatie van de geneesheer-specialist in de pneumologie  
(naam, voornaam, RIZIVnummer):

..... (naam)  
..... (voornaam)  
..... (nr. RIZIV)  
..... (datum)

STEMPEL EN HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER