



Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

**III -  Demande de prolongation:**

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qui présente une hépatite B chronique et active, la prolongation du remboursement de la spécialité à base de lamivudine; 2 possibilités :

possibilité 1 (§ 2000100): toutes les conditions suivantes sont remplies :

- l'antigène HBs persiste
- et
- le taux d'ADN-VHB est de ..... IU/ml. Ceci doit être inférieur à 2.000 IU/ml. Je m'engage à arrêter le traitement par une spécialité à base de lamivudine si la virémie réaugmente au dessus de 2.000 IU/ml
- et
- l'antigène HBe était présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par une spécialité à base de lamivudine lorsqu'une séroconversion HBe aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle
- ou
- l'antigène HBe était absent dès le début du traitement. Je m'engage à arrêter le traitement par une spécialité à base de lamivudine lorsqu'une séroconversion HBs aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

possibilité 2 (§ 2000200): toutes les conditions suivantes sont remplies :

- situation particulière de
  - greffe d'organe ou sur la liste d'attente
  - ou  greffe de moelle ou sur la liste d'attente
  - ou  cirrhose histologiquement démontrée
- et
- le taux de l'ADN-VHB était récemment de .....IU/ml

possibilité 3 (§ 2000300): toutes les conditions suivantes sont remplies:

- situation particulière d'un patient transplanté de foie qui ne répond pas aux critères précités du § 2000100 ni du § 2000200.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

**IV - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

[ 1 ] - \_\_\_\_\_ - [ ] - [ ] (n° INAMI)

[ ] / [ ] / [ ] (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

..... (signature du médecin )