

Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité à base de lamivudine (§ 2000100 et § 2000200 et §2000300 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018)

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)a patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique complet correspond à une des 2 possibilités suivantes:

- ☐ négatif pour le VIH
- et
- ☐ antigène HBs présent depuis plus de 6 mois
- et
- ☐ antigène HBe
 - ☐ présent. 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 ☐ absent (= mutant précore). 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
- et
- ☐ le taux de l'ADN-VHB est deIU/ml (au moins 2.000 IU/ml)
- et
- ☐ deux taux récents d'ALAT élevés deU/l et deU/l (supérieurs à la norme supérieure des valeurs normales du laboratoire)
- et
- ☐ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et/ou fibrose. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐
- et
- ☐ je m'engage à arrêter le traitement par une spécialité à base de lamivudine lorsqu'après un freinage viral bénéfique par prise de ZEFFIX pendant au moins 6 mois, la virémie réaugmente, démontrée par un taux d'ADN-VHB d'au moins 2.000 IU/ml, ou lors de l'aggravation de l'image histologique

☐ 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
☐ négatif pour le VIH
 et
☐ antigène HBs actuellement présent ou présent avant la transplantation chez le receveur
 et
☐ taux de l'ADN-VHB actuel ou avant la transplantation chez le receveur deIU/ml

☐ situation particulière d'un patient ayant eu une transplantation hépatique 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.

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 deIU/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)