Bijlage 1
Model van het aanvraagformulier tot terugbetaling van PEGASYS in monotherapie (§ 2710100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

Voornaam en naam van de rechthebbende: …….
Adres van de rechthebbende: …….
Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling : …….
(of zelfklever ziekenfonds)

Ik ondergetekende, behandelende arts, erkend specialist in de gastro-enterologie of in de inwendige geneeskunde, dien volgende aanvraag in voor de terugbetaling van de specialiteit PEGASYS voor mijn patiënt die lijdt aan een chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal een verhoogde ALT met minstens 1 maand interval bepaald, een positief serum HCV-RNA en een histologisch onderzoek na leverbiopsie.

- ☐ Dit histologisch onderzoek is niet vereist in geval van viraal genotype 2, viraal genotype 3, hemofilie of gelijktijdige behandeling met anticoagulantia.

☐ Ik bevestig dat er voor deze patiënt een gedocumenteerde contra-indicatie bestaat voor ribavirine (anemie, hemoglobinopathie, ernstige nierinsufficiëntie, hemodialyse).
EN
☐ Bovendien heeft de rechthebbende bij histologisch onderzoek, indien een biopsie vereist is zoals aangegeven in de eerste alinea hierboven, een inflammatie of fibrose. In geval van cirrose mag het chronisch leverlijden niet meer zijn dan een score A volgens de Child-Pugh index.
EN
☐ Ik verbind mij ertoe desgevraagd de bewijsstukken te bezorgen aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

☐ - **Aanvraag tot terugbetaling voor een eerste periode van 24 weken**

- ☐ Ik verbind mij ertoe om de behandeling niet verder te zetten na 12 weken, wanneer na deze periode de doeltreffendheid (*) niet werd aangetoond.

☐ – **Aanvraag tot hernieuwde terugbetaling voor een patiënt met een virale respons op 12 weken (*) en van wie ik het resultaat van de uitgevoerde testen heden toevoeg :**

(*) De doeltreffendheid wordt aangetoond indien de viremie, na een behandeling van 12 weken :

- ☐ hetzij gedaald is tot minder dan 1 % (> 2 log daling) van de viremiewaarde vóór de behandeling voor een naïeve patiënt
- ☐ hetzij ondetecteerbaar is (HCV-RNA negatief) voor een patiënt in herbehandeling

<u>Voor een periode van 24 weken</u>
☐
of
<u>Voor een periode van 48 weken</u> enkel voor een met monotherapie herbehandelde patiënt met genotype 1
☐

De voorgeschreven dosis PEGASYS is 1 voorgevulde spuit van 180 µg of 135 µg/week

Genotypes 1,2,3,4,5,6	☐ PEGASYS 1 voorgevulde spuit/week (dozen van 4 eenheden)	Voor 24 weken: 6 dozen
Genotype 1	☐ PEGASYS 1 voorgevulde spuit/week (dozen van 4 eenheden)	Voor 48 weken: 12 dozen

<u>Identificatie van de arts-specialist in de gastro-enterologie of in de inwendige geneeskunde (naam, voornaam, adres, RIZIVnr):</u>

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (naam)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (voornaam)
1-☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐ (RIZIV nr)
☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (datum)

(STEMPEL)

……..... (HANDTEKENING VAN DE ARTS)