Annexe A : Modèle du formulaire de première demande
Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité à base de desmopressine dans le cas d'énurésie nocturne (§ 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Données à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne.

⊔ de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans;
⊔ de type IV (énurésie idiopathique de type cognitif) et que le bénéficiaire a entre 7 à 17 ans inclus (enfant ou adolescent);

Je confirme que ce bénéficiaire remplit toutes les conditions mentionnées au point b) du § 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018:

1. Diagnostic:
   - énurésie nocturne 2 à 3 fois par semaine minimum

2. Echec de l'approche non médicamenteuse:
   - persistance de l'énurésie nocturne malgré l'application des méthodes alternatives pendant au moins 3 mois (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme).

3 Réponse thérapeutique à un traitement d'essai préalable:
   - réponse thérapeutique à un traitement par comprimés de desmopressine (diminution de 50% du nombre de nuits avec miction involontaire) d'au moins 1 conditionnement d'essai de 15 comprimés : j'atteste que le bénéficiaire a effectué son essai avec un conditionnement non-remboursable d'une spécialité à base de desmopressine.

4. Réévaluation du bénéficiaire tous les 3 mois:
   - tous les 3 mois, il sera examiné si la poursuite du traitement est nécessaire; pour cela, on peut réduire progressivement le traitement, suivant la dose, et contrôler si l'énurésie nocturne réapparaît.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce bénéficiaire, ainsi qu'un formulaire de description clinique et d'évaluation du bénéficiaire complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018).

III – Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 6 mois**:

……..……..(nom de la spécialité inscrite au § 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018)

IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.09.2022