

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de liraglutide pendant au moins 6 mois sur base des conditions du § 5660000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018, à raison de 6 emballages pour une période de 6 mois.

☐ (uniquement pour la première prolongation) Je confirme que la valeur de l'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c $\geq$ ou = 1,0 % à partir de la valeur initiale a été obtenue. Je continue avec la même dose de la spécialité à base de liraglutide de 1,2 mg par jour.

☐ (pour les prolongations suivantes à la même posologie) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant. Je continue avec la même dose de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg ou 1,8 mg par jour).

☐ (uniquement pour une escalation de la dose) Je constate que le contrôle glycémique est insuffisant et souhaite augmenter la dose de la spécialité à base de liraglutide de 1,2 mg à 1,8 mg par jour.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de liraglutide (1,2 mg par jour ou 1,8 mg par jour) pendant une nouvelle période de 12 mois.

En outre, le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

- ☐ metformine
- ☐ metformine et sulfamidé hypoglycémiant
- ☐ metformine et glinide
- ☐ metformine et glitazone
- ☐ metformine et insuline basale

J'atteste que ce patient n'associera pas la spécialité à base de liraglutide avec une gliptine, ou une gliflozine.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de liraglutide pendant une nouvelle période de 12 mois à raison de :

- ☐ 12 emballages (1,2 mg par jour)
- ou
- ☐ 18 emballages (1,8 mg par jour).

IV – Identification du médecin mentionné ci-dessus :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)