

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - □□□ - □□

(je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce Centre, confirmant cette affectation)

3.2. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:

Nom et Prénom:

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - □□□ - □□ - □□□

Adresse :

.....
.....
.....

4. 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.
5. Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité ORFADIN, à communiquer au collègue de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 3660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

- il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement pour la spécialité ORFADIN, visant un patient non encore traité avec nitisinone,
- il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement pour la spécialité ORFADIN, visant un patient déjà traité depuis le □□ / □□ / □□□□ avec nitisinone, et que ce traitement par nitisinone doit être poursuivi via l'administration de la spécialité ORFADIN (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement de ce patient via l'administration de la spécialité ORFADIN);
- il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité ORFADIN, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité ORFADIN sur base des conditions du § 3660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité ORFADIN doit être poursuivi (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement) ;

j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité ORFADIN avec une posologie de □,□□ mg /kg (maximum 2 mg par kg pour les patients non transplantés et maximum 0,2 mg par kg pour les patients transplantés.)

III - Identification du médecin spécialiste visé au point II ci-dessus :

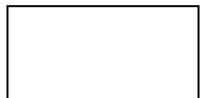
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)

(*) En annexe au présent formulaire de demande, je joins les protocoles de analyses qui ont conduit au diagnostic (*uniquement pour une première demande d'autorisation, c'est à dire lorsque le bénéficiaire n'a encore jamais obtenu un remboursement de la spécialité ORFADIN sur base du § 3660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001*).

□□ / □□ / □□□□ (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)