

ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier:

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité BERINERT prescrite avant une intervention pour la prévention des crises d'angioedème héréditaire de type I et II (§5750200 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018).

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste responsable du traitement:

Je soussigné, médecin spécialiste, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5750200 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018 pour le remboursement de l'administration de la spécialité BERINERT chez ce patient sont toutes remplies, vu que cette administration a été réalisée dans la situation attestée au point III ci-dessous :

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de BERINERT (cochez les cases appropriées):

J'atteste qu'il s'agit d'un patient atteint d'angio-oedème héréditaire (AOH)

de type I

ou

de type II.

Et,

qui doit recevoir un traitement prophylactique avant une intervention majeure (chirurgical) ou une intubation

Le diagnostic d'angio-oedème héréditaire a été établi sur base de

- la présentation clinique des poussées récidivantes d'angio-oedème, et
- une activité plasmatique de l'inhibiteur de la C1-estérase qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- un taux plasmatique de C4 qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- le contrôle de l'anamnèse familiale.

Intervention prévue : date de l'intervention :

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du BERINERT, et est exclusivement destiné à être utilisé pour l'administration d'un seul traitement préventif pour la prévention d'une crise d'angio-oedème héréditaire de type I et II en cas d'intervention majeure (chirurgical) ou d'une intubation.

Je m'engage à fournir au médecin conseil, si nécessaire, les éléments de preuve démontrant que les conditions ci-dessus sont rencontrées.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité BERINERT.

IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

