

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 :

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

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

J'atteste que ce bénéficiaire fait partie d'un des groupes à risque suivant, comme repris dans point b) de ce paragraphe, et nécessite le remboursement pendant une période de :

□ Un risque intermédiaire de rechute d'aHUS après transplantation rénale et un remboursement du traitement prophylactique avec la spécialité pharmaceutique à base d'eculizumab pendant une période de 3 mois, avec une posologie maximale comme définie au point b du §6600200.

□ Un haut risque de rechute d'aHUS après transplantation rénale et un remboursement du traitement prophylactique avec la spécialité pharmaceutique à base d'eculizumab pendant une période de 6 mois, avec une posologie maximale comme définie au point b du §6600200.

□ Dans le cas de rechute d'aHUS après la période prophylactique par eculizumab, ou chez les bénéficiaires qui présentent un haut risque de rechute, in casu rechute d'aHUS avec la perte du greffon, à cause de MAT et un remboursement du traitement prophylactique avec la spécialité pharmaceutique à base d'eculizumab pendant une période maximale et renouvelable de 12 mois, avec une posologie maximale comme définie au point b du §6600200.

Poids du bénéficiaire: >= 40 kg:

- Phase initiale: 900 mg / semaine pendant 4 semaines
- Phase d'entretien: 1200 mg à la 5e semaine puis 1200 mg toutes les 2 semaines

Poids du bénéficiaire: 30 - < 40 kg:

- Phase initiale: 600 mg / semaine pendant 2 semaines
- Phase d'entretien: 900 mg à la 3e semaine puis 900 mg toutes les 2 semaines

Poids du bénéficiaire: 20 - < 30 kg:

- Phase initiale: 600 mg / semaine pendant 2 semaines
- Phase d'entretien: 600 mg à la 3e semaine puis 600 mg toutes les 2 semaines

Poids du bénéficiaire: 10 - < 20 kg:

- Phase initiale: 600 mg / semaine pendant 1 semaine
- Phase d'entretien: 300 mg à la 2e semaine puis 300 mg toutes les 2 semaines

Poids du bénéficiaire: 5 - < 10 kg:

- Phase initiale: 300 mg / semaine pendant 1 semaine
- Phase d'entretien: 300 mg à la 2e semaine puis 300 mg toutes les 3 semaines

Je m'engage à arrêter le traitement en cas de résistance à ce dernier. La résistance est définie par la présence de signes/symptômes de MAT évolutive sous traitement malgré trois mois de blocage du complément.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)