

Formulier voor eerste aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van tildrakizumab 100 mg voor de behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij de volwassene (§ 10200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

_____ (naam)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (voornaam)

| | | | | | | | | | | | | | | | (aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de dermatologie, met ervaring op het gebied van systemische behandeling van psoriasis, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 18 jaar oud is, aan matige tot ernstige plaque psoriasis lijdt, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden gesteld in punt a) van § 10200000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018 :

- ⊐ Adequate fototherapie (adequate behandeling met fotochemiotherapie of fototherapie met UVA en/of UVB).
Van / / tot / / (datum van laatste behandeling).
- ⊐ Methotrexaat in een minimale dosis van 15 mg/week gedurende minstens 3 maanden.
Van / / tot / / (datum van laatste behandeling).
- ⊐ Cyclosporine in een minimale dosis van 2,5 mg/kg gedurende minstens 2 maanden.
Van / / tot / / (datum van laatste behandeling).

BSA > 10% of PASI > 10.
De vereiste score(s) werd(en) vastgesteld op uu/uu/uuuu (datum van het onderzoek).

□ BSA:

□ PASI-score:

- ↳ Radiografie van de longen en Mantoux test: beiden negatief.

☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux test positief: een eventuele actieve TBC is adequaat behandeld en een arts-specialist in de pneumologie bevestigt de adequate behandeling onder punt IV van dit formulier. Een eventuele latente TBC geeft aanleiding tot een adequaat werkende behandeling die sinds 4 weken werd opgestart, bevestigd door een arts-specialist in de pneumologie (zie IV).

..... Verpakkingen van 1 voorgevulde spuit of pen van 100 mg tildrakizumab.
(maximum 3 gemachtigde verpakkingen).

Versie geldig vanaf 01.07.2024

van de behandeling, verbind ik mij ertoe de behandeling niet na de 28^{ste} week (3^{de} toediening) voort te zetten indien ze niet doeltreffend blijkt bij de evaluatie die plaatsvindt vóór de 4^{de} toediening.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat deze rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van tildrakizumab met één van de specialiteiten op basis van etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab pegol, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, brodalumab, guselkumab, risankizumab, bimekizumab, apremilast, deucravacitinib of dimethylfumaraat nooit is toegestaan.

III – Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld :

[] (naam)

[] (voornaam)

[1] - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] (n° RIZIV)

[] [] / [] [] / [] [] [] [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV – (Indien van toepassing) Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de pneumologie :

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist erkend in de pneumologie, verklaar dat de hierboven vernoemde rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt :

☐ Radiografie van de longen positief of een Mantoux-test positief.

☐ Ik bevestig hierbij dat hij een adequate tuberculostatica behandeling kreeg :

- Met (toegediende anti-tuberculose behandeling).

- Sinds 00/00/0000 (datum van aanvang).

- Gedurende weken (duur van de behandeling).

☐ Ik bevestig bijgevolg de huidige afwezigheid van evolutieve tuberculose bij deze rechthebbende.

☐ Ik bevestig hierbij dat wegens vermoeden van latente TBC de nodige profylactische maatregelen ter voorkoming van reactivatie bij latente tuberculose gevolgd worden.

V – Identificatie van de arts-specialist in de pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer) :

[] (naam)

[] (voornaam)

[1] - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] (n° RIZIV)

[] [] / [] [] / [] [] [] [] (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)