

Aanvraagformulier voor terugbetaling van de specialiteit XYREM (§ 5540000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

_____ (naam)

_____ (voornaam)

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

☐ Het betreft een eerste aanvraag

a) een hypersomnie tijdens een periode van minstens 3 maanden is vastgesteld

en

b) de hypersomnie kan niet verklaard worden door medicatie- of middelengebruik

en

c) de aanwezigheid van kataplexie gedefinieerd als een plotse en transiente episode van verlies van spiertonus uitgelokt door emoties, is vastgesteld op basis van anamnese.

Bovendien is de diagnose van narcolepsie type 1 bevestigd door

a) een Multiple Sleep Latency Test (MSLT), uitgevoerd in aansluiting met een nachtelijke polysomnografische registratie (PSG), die een gemiddelde slaaplatentie van minder dan 8 minuten aantoont

en

- tijdens de MSLT tenminste twee sleep-onset REM (SOREMP) episodes (SOREMP = Sleep Onset Rapid Eye Movement Period binnen de 15 minuten na het inslapen)

of

- tenminste 1 SOREMP op de polysomnografie de nacht vóór de MSLT En tenminste 1 SOREMP op de MSLT

of

b) een hypocretine-1 waarde in het cerebrospinaal vocht van minder dan of gelijk aan 110 pg/ml of minder dan 1/3 van de gemiddelde normale waarde.

Bovendien

a) vertoont de patiënt tenminste 7 aanvallen van kataplexie per week gedurende 4 opeenvolgende weken

en

b) verbetert de patiënt onvoldoende door maatregelen van slaaphygiëne, toegepast gedurende tenminste één maand.

Bovendien werd een nachtelijke polysomnografische registratie uitgevoerd om onderliggend of geassocieerd ernstig obstructief slaapapneusyndroom uit te sluiten en, zo nodig, te behandelen.

Ik bevestig dat het gewicht en de lengte van de patiënt op ____ / ____ /20____ de volgende waren:

Gewicht van de patiënt:kg

Lengte van de patiënt:cm

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit XYREM gedurende een periode van 12 maanden (maximum 37 flacons) noodzakelijk is.

Ik behoud de medische rapporten en de resultaten van de testen ter beschikking van de adviserende arts(*).

Ik verbind me er eveneens toe, indien mijn patiënt de vergoeding van de specialiteit XYREM zal verkregen hebben, aan het College van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van § 5540000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

☐ **Het betreft een aanvraag tot verlenging**

Ik bevestig dat het gewicht van de patiënt op __/__/20__ de volgende was:

Gewicht van de patiënt:kg

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken in vergelijking met de klinische situatie van de patiënt voor de aanvang van de behandeling.

Ik weet dat in geval van gewichtstoename van meer dan 10% ten opzichte van het gewicht van de patiënt voor het begin van de behandeling met XYREM en/of van klinische tekens suggestief voor een slaapgebonden ademhalingsstoornis, een evolutieverslag dat, op relevante wijze de afwezigheid van slaapapnee-syndroom aantoont, met dit formulier wordt toegevoegd.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit XYREM gedurende een periode van 12 maanden.

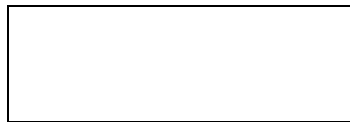
III - Identificatie van de arts-specialist in neurologie, psychiatrie of pneumologie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

____ (naam)

____ (voornaam)

1 - ____ - ____ - ____ (RIZIV n°)

____ / ____ / ____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)

IV - Wat betreft mijn praktijk voor de opvolging van deze patiënt

Ik ben ervaren in de opvolging van slaapstoornissen op basis van:

- ☐ Ik ben verbonden sinds ____ maanden aan het hieronder vermeld ziekenhuis, ervaren in de opvolging van slaapstoornissen:

Naam en adres van deze ziekenhuisdienst zijn de volgende:

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

en ik voeg in bijlage een attest van de hoofdarts en/of de verantwoordelijke van deze dienst, die deze aanstelling en data bevestigt.

of

- ☐ Ik heb aan klinische studies deelgenomen over slaapstoornissen, die geleid hebben tot (een) peer reviewed publicatie(s):

Referenties van deze studie(s) en de betrokken publicatie(s):

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

of

- ☐ Andere elementen die ik terzake acht (vb. opleiding met examen):

.....

(Eventuele aanvullende referenties in bijlage)

Thans ben ik verbonden aan het ziekenhuis met de volgende coördinaten:

Naam:

Adres:

Naam en voornaam:

Adres:

| (naam)

| (voornaam)

1 - - - - - (RIZIV n°)

| | | / | | | / | | | | (datum)

--

(stempel)

(handtekening van de arts)