

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

2. Identificatie van een ziekenhuisapotheker verbonden aan dit ziekenhuis:

Naam en voornaam:

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

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is:

7.10 - □□□ - □□ - □□□

Adres:.....
.....
.....
.....

Ik verbind me ertoe aan de adviserend –arts de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Op basis van de bovenvermelde gegevens is een behandeling met eculizumab aangewezen en ik bevestig dat de rechthebbende zich in de volgende situatie bevindt:

Het betreft een aanvraag voor toelating van vergoeding van het profylactische gebruik bij een rechthebbende die een niertransplantatie zal ondergaan (ik voeg in bijlage een gedetailleerd medisch rapport, de resultaten van de dosering van de complement-proteïnes en/of het aantonen van genetische anomalieën van het complement of van de aanwezigheid antilichamen anti-CFH, alsook de resultaten van de onderzoeken/analyses die toelaten om pathologieën uit te sluiten die een andere oorzaak van het hemolytisch syndroom kunnen zijn),

Ik bevestig dat de rechthebbende tot een van volgende risicogroepen behoort, zoals bepaald onder punt b) van deze paragraaf:

Een intermediair risico op aHUS hervall na de niertransplantatie en een vergoeding tot profylactische behandeling dient te krijgen gedurende een periode van 3 maanden met de farmaceutische specialiteit op basis van eculizumab, met een maximale posologie zoals bepaald in punt b van §6600200

Een hoog risico op aHUS hervall na de niertransplantatie en een vergoeding tot profylactische behandeling dient te krijgen gedurende een periode van 6 maanden met de farmaceutische specialiteit op basis van eculizumab, met een maximale posologie zoals bepaald in punt b van §6600200

Bij rechthebbenden met een hoog risico op hervall , in casu bij aHUS hervall in een voorafgaande niergreffe met greffeverlies ten gevolge van TMA en een vergoeding tot profylactische behandeling dient te krijgen gedurende een hernieuwbare periode van 12 maanden met de farmaceutische specialiteit-op basis van eculizumab, met een maximale posologie zoals bepaald in punt b van §6600200

Gewicht van de rechthebbende: ≥ 40 kg:

- Initiële fase: 900 mg / week gedurende 4 weken
- Onderhoudsfase: 1200 mg in 5de week daarna 1200 mg om de 2 weken

Gewicht van de rechthebbende: 30 - < 40 kg:

- Initiële fase: 600 mg / week gedurende 2 weken

- Onderhoudsfase: 900 mg in 3de week daarna 900 mg om de 2 weken
- Gewicht van de rechthebbende: 20 - < 30 kg:
 - Initiële fase: 600 mg / week gedurende 2 weken
 - Onderhoudsfase: 600 mg in 3de week daarna 600 mg om de 2 weken
- Gewicht van de rechthebbende: 10 - < 20 kg:
 - Initiële fase: 600 mg / week gedurende 1 week
 - Onderhoudsfase: 300 mg in 2de week daarna 300 mg om de 2 weken
- Gewicht van de rechthebbende: 5 - < 10 kg:
 - Initiële fase: 300 mg / week gedurende 1 week
 - Onderhoudsfase: 300 mg in 2de week daarna 300 mg om de 3 weken

Ik verbind me er toe de behandeling te stoppen in geval van resistentie. De resistentie wordt gedefinieerd door de aanwezigheid van tekenen/ symptomen van evolutieve TMA onder behandeling, ondanks een complement-blokkering gedurende drie maanden.

III – Identificatie van de arts-specialist bedoeld onder punt II hierboven:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)