

bij de volwassen patiënt (van minstens 18 jaar) de dosering van 40 mg iedere week, en bij de adolescent (vanaf 12 jaar) de dosering van 40 mg om de 2 weken of indien nodig de dosering van 40 mg iedere week,

vraag ik voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 24 weken te verzekeren, hieronder vermeld wordt:

..... maximum 12 verpakkingen van 2 voorgevulde spuiten of pennen van adalimumab 40 mg

Of

..... maximum 4 verpakkingen van 6 voorgevulde spuiten of pennen van adalimumab 40 mg

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

Verdere verlenging

Ik bevestig dat deze behandeling doeltreffend is gebleken, na een nieuwe periode van 24 weken, door een vermindering van de HiSCR score met minstens 50% (gedefinieerd als een daling van minstens 50 % in het totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen), geen stijging van het aantal abcessen en geen stijging van het aantal producerende fistels) vergeleken met de aanvangswaarde vóór de behandeling.

Waargenomen verbetering van de HiSCR score:

		(A) Aantal bij begin behandeling	(B) Aantal na nieuwe periode van 24 weken behandeling (= vandaag)	(A-B) Verschil	Responscriteria HiSCR
(1)+ (2)	Totaal aantal inflammatoire laesies (abcessen en inflammatoire nodulen)	□□□□	□□□□	□□□□	Verschil/begin $(A - B)/(A) \geq 0,5$ <input type="checkbox"/>
(1)	Aantal abcessen	□□□□	□□□□	□□□□	Verschil $(A - B) \geq 0$ <input type="checkbox"/>
(2)	Aantal inflammatoire nodulen	□□□□	□□□□	□□□□	
(3)	Aantal producerende fistels	□□□□	□□□□	□□□□	Verschil $(A - B) \geq 0$ <input type="checkbox"/>

Ik bevestig dat ik foto's met betrekking tot de verbetering van de HiSCR score na een nieuwe periode van 24 weken ter beschikking houd van de adviserend arts in het medisch dossier van de patiënt.

Op basis hiervan heeft de patiënt een verdere verlenging nodig van de terugbetaling van adalimumab gedurende een nieuwe maximumperiode van 24 weken.

Rekening houdend met:

de vooropgestelde begindatum van de verdere verlenging van de behandeling: □□/□□/□□□□
en

bij de volwassen patiënt (van minstens 18 jaar) de dosering van 40 mg iedere week, en bij de adolescent (vanaf 12 jaar) de dosering van 40 mg om de 2 weken of indien nodig de dosering van 40 mg iedere week,

vraag ik voor mijn patiënt de terugbetaling van de verpakkingen waarvan het vereiste aantal om de behandeling gedurende 24 weken te verzekeren, hieronder vermeld wordt:

..... maximum 12 verpakkingen van 2 voorgevulde spuitpen of pennen van adalimumab 40 mg

Of

..... maximum 4 verpakkingen van 6 voorgevulde spuitpen of pennen van adalimumab 40 mg

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

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan het college van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt g) van § 8220200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018.

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

_____ (naam)

_____ (voornaam)

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

____ / ____ / _____ (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)