**BIJLAGE B: Model van het formulier voor een aanvraag tot verlenging**

Formulier voor een aanvraag tot verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van lebrikizumab ingeschreven in §13210000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.) :**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

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

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

**II – Elementen te bevestigen door een arts-specialist in de dermatologie-venerologie :**

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de dermatologie-venerologie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan volgende voorwaarden voldoet :

- De rechthebbende is > of = 12 jaar oud en weegt minstens 40 kg.
- De rechthebbende lijdt aan atopische dermatitis bepaald op basis van de 'The Hanifin and Rajka Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis.
- De voorafgaandelijke behandeling op basis van lebrikizumab doeltreffend is gebleken, met minimum een EASI-50 respons na de eerste 24 weken ten opzichte van de initiële EASI-score en nadien na iedere nieuwe periode van 48 weken.

Ik verklaar tevens :

- Te weten dat de vergoeding slechts kan worden toegekend indien de betrokken verpakking werd voorgeschreven op een voorschrift opgesteld door een arts-specialist in de dermatologie-venerologie.
- Te weten dat voor het aantal vergoedbare verpakkingen rekening wordt gehouden met een onderhoudsdosis van lebrikizumab van 250 mg iedere 4 weken.
- Te weten dat een verlening tot vergoeding wordt toegekend voor een periode van maximum 48 weken, met maximaal 12 voorgevulde spuiten of voorgevulde pennen van 250 mg (4 verpakkingen van 3 voorgevulde spuiten of voorgevulde pennen van 250 mg of 6 verpakkingen van 2 voorgevulde spuiten of voorgevulde pennen van 250 mg).

Ik verbind mij ertoe om de klinische aspecten die tot minimum een EASI-50 respons hebben geleid fotografisch te documenteren en deze bij te houden in het dossier van de rechthebbende.

Ik verbind mij ertoe om de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts te houden die bevestigen dat de betrokken rechthebbende zich in de verklaarde situatie bevindt.

Ik verbind mij ertoe om bij rechthebbenden in klinische remissie te overwegen om de behandeling met lebrikizumab af te bouwen en stop te zetten, indien klinisch mogelijk, en de rechthebbende verder op te volgen om een snelle diagnose van tekenen van herval te garanderen.

Op basis van deze elementen bevestig ik dat voor de betrokken rechthebbende de verlenging van de vergoeding van de farmaceutische specialiteit gedurende een periode van maximum 48 weken noodzakelijk is.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV n°)

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

|_____| (stempel) ..... (handtekening van de arts)

Versie geldig vanaf 01.01.2025