

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

| (aansluitingsnummer)

1. Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt aan artrose lijdt, waarbij de pijnopstoten onvoldoende reageren op een behandeling met paracetamol toegediend in optimale doses en dat hij minstens 1 van de volgende risicofactoren vertoont :

- ⊐ > 65jaar
- ⊐ medisch verantwoord gebruik van anticoagulantia, met uitsluiting van antiaggregantia die acetylsalicylzuur bevatten, associaties die acetylsalicylzuur bevatten inbegrepen
- ⊐ medisch verantwoord gebruik van corticosteroïden, chronisch en systemisch toegediend
- ⊐ een ernstige co-morbiditeit, die gepaard gaat met een verhoogd gastro-intestinaal risico;
- ⊐ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus tijdens innames van NSAID middelen
- ⊐ gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastro-duodenaal ulcus met complicaties (bloeding, gastro-intestinale perforatie of obstructie, gastro-intestinale chirurgie)

- ☐ Ik heb rekening gehouden met de volgende contra-indicaties:
- Congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV)
 - aangetoonde ischemische hartziekte, perifeer arterieel vaatlijden en/of cerebrovasculaire pathologie

Vandaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met deze specialiteit nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld. Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAï middelen [cfr. Hoofdstuk II, § 20000, 1°a) 3.3] en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

Gedurende een periode van 180 dagen terugbetaling van

- ☐ (maximum 3) verpakking(en) van 28 caps. van 30 mg of
- ☐ 1 verpakking van 98 caps. van 30 mg

2. Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij, dat bij hogervermelde patiënt, die reeds terugbetaling voor een specialiteit op basis van etoricoxib kreeg in het kader van een behandeling van pijnopstoten van artrose, voortzetting van de behandeling medisch verantwoord is en dat hij nog aan de criteria van de eerste aanvraag voldoet. Vandaar dat deze patiënt een verlenging van terugbetaling van een behandeling met een specialiteit op basis van etoricoxib nodig heeft. Ik vraag de terugbetaling aan voor verpakkingen waarvan aantal en dosering nodig voor de behandeling, hieronder zijn vermeld.

- ☐ Ik heb rekening gehouden met de volgende contra-indicaties:
- Congestieve hartinsufficiëntie (NYHA II-IV)
 - aangetoonde ischemische hartziekte, perifeer arterieel vaatlijden en/of cerebrovasculaire pathologie

- ☐ Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit gebonden is aan het niet gelijktijdig toedienen van een ander(e) niet-steroïda(a)l(e) anti-inflammatoir(e) geneesmiddel(en) en/of van een protonpompinhibitor voor de preventie van gastro-duodenale erosies en ulceraties die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAï middelen [cfr. Hoofdstuk II, § 20000, 1°a) 3.3] en heb mijn patiënt hierover persoonlijk ingelicht.

Gedurende een periode van 12 maanden terugbetaling van

- ⌞ (maximum 3) verpakking(en) van 28 caps. van 30 mg of
- ⌞ (maximum 2) verpakkingen van 98 caps. van 30 mg of
- ⌞ (maximum 2) verpakkingen van 98 caps. van 60 mg

IV- Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

(naam)

(voornaam)

1

 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)