

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

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit SIMPONI voor de behandeling van colitis ulcerosa bij de volwassene (§ 7000000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001).

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

\_\_\_\_\_

**II - Elementen te bevestigen door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling :**

Ik ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde en verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt reeds terugbetaling heeft verkregen van de behandeling van ernstige colitis ulcerosa met de specialiteit SIMPONI.

**Eerste verlenging**

Ik bevestig dat de aanvangsbehandeling doeltreffend is in de eerste 14 weken, aangetoond door een daling van de Mayo-score (schaal 0-12 punten) met minstens 3 punten en door een daling van de rectale bloeding-subscore (schaal 0-3 punten) met minstens 1 punt - tenzij de subscore 0 of 1 bedroeg – vergeleken met de aanvangswaarde op week 0.

Aanvangswaarden van de Mayo-score  en de subscore rectale bloedingen  op week 0.

Huidige waarden van de Mayo-score  en de subscore rectale bloedingen  op week 12 tot 14.

**Of**

**Latere verlenging**

Ik bevestig dat de onderhoudsbehandeling klinisch doeltreffend gebleven is en dat de waarde van de rectale-bloedingsscore niet stijgt.

Waarde van de subscore rectale bloedingen op week 12 tot 14: .

Huidige waarde van de subscore rectale bloedingen: .

Op basis hiervan heeft de patiënt een verlenging nodig van de terugbetaling van de specialiteit SIMPONI voor maximum 12 maanden.

Het aantal verpakkingen waarvoor ik de terugbetaling vraag, houdt rekening met een toedieningsfrequentie 50 mg (patiënten < 80 kg) of 100 mg (patiënten ≥ 80 kg) elke 4 weken.

- 13 verpakkingen van SIMPONI 50mg voorgevulde pen of voorgevulde spuit
- 13 verpakkingen van SIMPONI 100mg voorgevulde pen of voorgevulde spuit

Ik verbind me ertoe om de verdere behandeling met Simponi te stoppen indien de klinische verbetering zich niet meer voordoet, gemeten door een verhoging van de subscore rectale bloeding.

Bovendien verbind ik me ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

**III - Identificatie van de arts-specialist in de gastro-enterologie of interne geneeskunde:**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

-  -  -  (RIZIV n°)

/  /  (datum)

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)