

Te bewaren door de aanvragende arts-specialist en ter beschikking te houden van de adviserend-arts van de betrokken rechthebbende.

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik, ondergetekende, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende, die 111 kg weegt en lijdt aan ernstig eosinofiel astma en onvoldoende onder controle is ondanks een dagelijkse behandeling met hoge doses inhalatiecorticoiden en een langwerkend bèta2-agonist via inhalatie overeenkomstig de laatste GINA aanbevelingen, en tegelijk voldoet aan alle voorwaarden vastgesteld in punt a) of punt b) van § 8300000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 1 februari 2018.

Begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen uitgevoerd door een apotheker of een verpleegkundige of een kinesist	
	Datum gesprek 1
	Datum gesprek 2
Obstructieve aandoening van de luchtwegen bevestigd door spirometrie (rechthebbenden van ≥ 18 jaar)	
	Datum
	FEV1 (%)
Bloedwaarde eosinofielen tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het opstarten van de behandeling met deze specialiteit	
	Datum test
	Bloedwaarde , per μl (moet $>$ zijn dan 300)
Bloedwaarde eosinofielen bij het opstarten van deze specialiteit	
	Datum test
	Bloedwaarde , per μl (moet $>$ zijn dan 300)
Dagelijkse behandeling	
	Hoge dosis inhalatiecorticoïde : naam
	Dosering ($\mu\text{g}/\text{dag}$)
	Langwerkende beta2-agonist (inhalatiepreparaat) : naam
	Dosering ($\mu\text{g}/\text{dag}$)
	Bij vaste combinatie, vermeld de naam van het geneesmiddel
De rechthebbende is onvoldoende gecontroleerd ondanks de hierboven vermelde geneesmiddelen	
Minstens 2 ziekenhuisopnames of 2 behandelingen op de spoeddiensten voor ernstig astma in de voorbije 12 maanden	JA/NEEN
Corticoïdafhangelijke rechthebbende : sedert minstens 6 maanden behandeld is met orale corticosteroïden aan een dagelijkse dosis van 4 mg of meer methylprednisolone of 5 mg of meer prednisolone voor een volwassene.	JA/NEEN
Minstens 2 gedocumenteerde ernstige exacerbaties in de voorbije 12 maanden. (Verergering van het astma waarvoor een systemische corticotherapie van minstens 3 dagen nodig is EN/OF hospitalisatie EN/OF een bezoek aan de spoeddienst)	JA/NEEN
Aantal ernstige exacerbaties (12 laatste maanden) :	
Data van de meest recente ernstige exacerbaties / ziekenhuisopnames in de voorbije 12 maanden (1)	
(2)	

☐ Het betreft een rechthebbende die al met deze specialiteit werd behandeld in het kader van de klinische studies of een rechthebbende die al met een monoclonaal antilichaam voor astma werd behandeld.

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

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)