



possibilité 1 (§ 2000100): toutes les conditions suivantes sont remplies :

l'antigène HBs persiste  
et

le taux d'ADN-VHB est de ..... IU/ml. Ceci doit être inférieur à 2.000 IU/ml. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX si la virémie réaugmente au dessus de 2.000 IU/ml.  
et

l'antigène HBe était présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX lorsqu'une séroconversion HBe aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle.  
*ou*

l'antigène HBe était absent dès le début du traitement. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX lorsqu'une séroconversion HBs aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle.

possibilité 2 (§ 2000200): toutes les conditions suivantes sont remplies :

situation particulière de

greffe d'organe ou sur la liste d'attente

ou  greffe de moelle ou sur la liste d'attente

ou  cirrhose histologiquement démontrée

et

le taux de l'ADN-VHB était récemment de .....IU/ml

Quelle que soit la situation mentionnée ci-dessus de mon patient, je demande la prolongation du remboursement du ZEFFIX sous la forme de

comprimés de 100 mg, avec un dosage maximal de 1 comprimé par jour

ou

solution buvable avec une quantité maximale de 16 flacons par an. Mon patient présente une clairance de la créatinine de .....ml/min (< 50 ml/min)

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

**IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)