Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité BARACLUDE 0,5 mg
(§ 5240000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II - ☐ Première demande:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)(a) patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants:

☐ négatif pour le VIH
et
☐ antigène HBs présent depuis plus de 6 mois
et
☐ antigène HBe
☐ présent. Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle
ou ☐ absent (= mutant précore). Je m'engage à arrêter le traitement par BARACLUDE lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle
et
☐ le taux de VHB-ADN est de .....IU/ml (au moins 2.000 IU/ml)
et
☐ deux taux récents d'ALAT élevés de .....U/l et de .....U/l
et
☐ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et/ou fibrose. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐
et
☐ une fonction hépatique suffisante, donc pas de cirrhose dans le stade Child-Pugh B ou C
et
☐ absence de traitement antérieur par des agents antiviraux du groupe des analogues nucléo(s)(t)idiques

Je demande le remboursement du BARACLUDE 0,5 mg avec une posologie maximale de 0,5 mg par jour.

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)