

Annexe C : Modèle de formulaire de prolongation en cas d'énurésie nocturne Type I

Formulaire de demande de PROLONGATION du remboursement de la spécialité Desmopressine Ferring 0,2 mg comprimés dans le cas d'énurésie nocturne Type I (§ 3890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription à l'O.A):

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

II – Demande de PROLONGATION après 6 mois de remboursement:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans.

Je confirme que pour ce patient il est nécessaire de poursuivre le traitement car lors de la réduction progressive du traitement effectuée à l'occasion de la réévaluation trimestrielle l'énurésie nocturne est réapparue.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce patient, ainsi qu' un formulaire de description clinique et d'évaluation du patient complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001).

III – Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un prolongation du remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 12 mois**:

Desmopressine Ferring 0,2 mg, comprimés – 100 x 0,2 mg

Je m'engage à ne pas prescrire plus longtemps que nécessaire la spécialité mentionnée au patient concerné.

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (prénom)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX (N° INAMI)

XX / XX / XXXXX (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)