

ANNEXE A: Formulaire de demande pour LYRICA

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):

II – Demande pour un traitement d'essai:

Je soussigné, docteur en médecine et spécialiste reconnu, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de douleurs neuropathiques chroniques et remplit les conditions mentionnées sous le § 3580000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- Etre âgé d'au moins 18 ans
- Des thérapies antalgiques préalables par un antidépresseur tricyclique d'au moins 1 mois Et par gabapentine d'au moins 6 semaines avec titration jusqu'à la dose maximale tolérée, se sont montrées insuffisamment efficaces, ou n'ont pas été tolérées, ou sont médicalement contre-indiquées.
- Les douleurs neuropathiques chroniques sont liées à:
 - Diabète
 - Post-herpès zoster
 - Cancer
 - Un AVC/AIT antérieur
 - Sclérose en plaques
 - Une lésion transversale de la moelle épinière/myélopathie
 - Un membre fantôme
 - Une lésion traumatique ou chirurgicale antérieure
 - Une infection par le VIH
 - Une neuropathie médicamenteuse
 - Une neuropathie post-radiation

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement par la spécialité LYRICA durant une période de 3x28 jours maximum, au moyen de conditionnements de 56 comprimés (maximum 3).

Je sais que la posologie quotidienne recommandée est de 150 à 600 mg à administrer en 2 ou 3 fois.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve démontrant que mon patient se trouve dans la situation déclarée.

III – Demande d'une première prolongation du remboursement

Je soussigné, docteur en médecine et spécialiste reconnu, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de douleurs neuropathiques chroniques, remplit les conditions mentionnées sous le § 3580000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 et a déjà bénéficié du remboursement d'un traitement avec la spécialité LYRICA.

Je déclare que le traitement précédent durant une période de 6 semaines minimum par LYRICA a été efficace (diminution d'au moins 2 points un EVA de 0 à 10) et bien toléré.

Je déclare que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement par la spécialité LYRICA pendant une nouvelle période de 12 mois au moyen de conditionnements de 200 gélules.

Je sais que la posologie quotidienne recommandée est de 150 à 600 mg à administrer en 2 ou 3 fois.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve démontrant que mon patient se trouve dans la situation déclarée.

IV – Demande de renouvellement d'une prolongation (après la première prolongation) du remboursement

Je soussigné, médecin traitant du patient, certifie que le traitement précédent durant une période de 12 mois minimum par LYRICA a été efficace et bien toléré et que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement par la spécialité LYRICA pendant une nouvelle période de 12 mois au moyen de conditionnements de 200 gélules.

Je sais que la posologie quotidienne recommandée est de 150 à 600 mg à administrer en 2 ou 3 fois.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve démontrant que mon patient se trouve dans la situation déclarée.

V – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

(signature du médecin)