

Ter attentie van de Adviserende Geneesheer

**AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN OMNITROPE®**

- Naam en voornaam van de patiënt :.....
- Adres :.....
- Naam en voornaam van de titularis :.....
- Ziekenfonds :.....
- Inschrijvingsnummer :.....

Ondergetekende, endocrino-diabetologie specialist, vraagt voor zijn patiënt:

**De terugbetaling**, voor een periode van 12 maanden, van **Omnitrope®**  **5 mg**  **10 mg** voorgeschreven als substitutietherapie bij volwassenen vanaf 18 jaar, in geval van uitgesproken groeihormoondeficiëntie (Growth Hormone Deficiency of GHD), in de volgende situatie :

- De diagnose **geïsoleerde GHD** werd **op kinderleeftijd** gesteld en de patiënt(e) heeft op volwassen leeftijd 2 dynamische groeihormoon testen ondergaan, met behulp van een gekend GH-secretagoog (\*). De patiënt heeft de volwassen lengte bereikt.
- De diagnose **GHD** als gevolg van een hypothalamo-hypofysaire stoornis (.....), tezamen met minstens één andere hormonale deficiëntie naast prolactine (.....) werd **op kinderleeftijd** gesteld. De patiënt(e) heeft op volwassen leeftijd één dynamische groeihormoon test (\*) ondergaan met behulp van een gekend GH-secretagoog. Een adequate substitutietherapie voor de andere hormonale deficiëntie(s) werd ingesteld (.....). De patiënt(e) heeft de volwassen lengte bereikt.
- De diagnose **GHD** als gevolg van hypothalamo-hypofysaire stoornis (.....), tezamen met minstens één andere hormonale deficiëntie naast prolactine (.....) werd **op volwassen leeftijd** gesteld. De patiënt(e) heeft één dynamische groeihormoon test (\*) ondergaan met behulp van een gekend GH-secretagoog. Een adequate substitutietherapie voor de andere hormonale deficiëntie(s) werd ingesteld (.....).

(\*) Toegepaste dynamische groeihormoon test(en) :.....

**Verlenging van terugbetaling van Omnitrope®**

voor een periode van..... maanden ( maximum 60 maanden).

(De patiënt(e) verkreeg de machtiging tot terugbetaling van **Omnitrope®** n° .....

**Verandering van presentatie van de specialiteit**

- Omschakeling van **Omnitrope®** 5 mg naar **Omnitrope®** 10 mg
- Omschakeling van **Omnitrope®** 10 mg naar **Omnitrope®** 5 mg

Stempel van de specialist

Met collegiale groeten,  
Datum

Handtekening

**AANWIJZINGEN VOOR DE PATIENT**

1. Overhandig dit formulier aan uw ziekenfonds, ter attentie van de Adviserende Geneesheer.
2. Uw ziekenfonds zal u een toelating voor de terugbetaling van **Omnitrope®** toesturen.
3. Telkens u bij de apotheker uw geneesmiddel afhaalt, uiteraard met een doktersvoorschrift, moet u de apotheker deze toelating tonen.
4. Uw toelating heeft een vervaldatum. Vraag uw arts dus goed op tijd om een verlenging aan te vragen. De aanvraag tot verlenging moet opnieuw via uw ziekenfonds aan de Adviserende Geneesheer worden voorgelegd.