

# ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## INFLIXIMAB 1 Geregistreeerde indicaties

**NB:** Uitsluitend de laatste versie van de (artsen)verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar.

### A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

## B IN TE VULLEN DOOR REUMATOLOOG, DERMATOLOOG, INTERNIST OF MDL-ARTS

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, behandelend reumatoloog (3,5,6), dermatoloog (4), internist (7,8) of MDL-arts (7,8), verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft,		kolom 1*	kolom 2*
1 Het middel toegediend krijgt in de thuissituatie (dus niet in een instelling)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XZ
2 achttien jaar of ouder is	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3a <input type="checkbox"/> NEE		XO
3a met actieve reumatoïde artritis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4a		
3b en onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende DMARDs in optimale doseringen	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3c <input type="checkbox"/> NEE		XO
3c de verzekerde is o.a. behandeld met methotrexaat	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d	∞	
3d de verzekerde is niet behandeld met methotrexaat, vanwege een contra-indicatie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO
4a met matige tot ernstige plaque psoriasis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5a		
4b behandeling met PUVA en methotrexaat en ciclosporine is uitgevoerd, maar er is sprake van intolerantie en/of onvoldoende respons	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4c	∞	
4c behandeling met PUVA en methotrexaat en ciclosporine is niet volledig uitgevoerd, vanwege (een) contra-indicatie(s)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO
5a met ernstige actieve spondylitis ankylopoëtica	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6a		
5b en onvoldoende respons op ten minste twee prostaglandinesynthetaseremmers in optimale doseringen EN andere conventionele behandeling	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO
6a met artritis psoriatica	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 6b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 7a		
6b en onvoldoende respons op ten minste twee DMARDs in optimale doseringen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO
7a met matige tot ernstige colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 7b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 8a		
7b behandeling met corticosteroïden EN ofwel azathioprine ofwel 6-mercaptopurine is uitgevoerd, maar er is sprake van intolerantie en/of onvoldoende respons	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 7c	∞	
7c behandeling met corticosteroïden EN ofwel azathioprine ofwel 6-mercaptopurine is niet volledig uitgevoerd vanwege (een) contra-indicatie(s)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO
8a met de ziekte van Crohn	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 8b <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie*		XO
8b met onvoldoende respons op de optimale inzet van thans beschikbare middelen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	∞	XO

## C HANDTEKENING ARTS zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld.

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

## D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheek-instructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar  
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar  
 c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:

datum:

handtekening:

\*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 48** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan, tenzij het gaat om een 'weesindicatie'.
- Bij 'NEE, andere indicatie' zie formulier 'Ongeregistreeerde indicaties'