C12) Demande de remboursement des formules à base d'hydrolysats extensifs issues du lait de vache ou d'hydrolysats de riz.

I. Identification du bénéficiaire

Nom :
Prénom :
Adresse :
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
NISS : |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

II. Éléments à confirmer par le médecin spécialiste traitant en gastro-entérologie ou en pédiatrie ayant une expérience spécifique dans ce domaine

Indication pour la prescription d'une formule à base d'hydrolysats extensifs issues du lait de vache ou d'hydrolysats de riz:

1) Allergies aux protéines de lait de vache IgE-médiée

☐ anaphylaxie clinique légère (< grade 2)
- première période de 6 mois avec démarrage le ……..
- prolongation de 6 mois à compter du ……..

☐ anaphylaxie clinique modérée à sévère (≥ grade 2)
- première période de 12 mois avec démarrage le ……..
- prolongation de 6 mois à compter du ……..

2) Allergies aux protéines du lait de vache non médiées par les IgE

☐ proctocolite allergique du nourrisson: période de début de 4 mois …….

☐ syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) aigüe
- première période de 12 mois avec démarrage le ……..
- prolongation de 6 mois à compter du ……..

☐ syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) chronique
- première période de 12 mois avec démarrage le ……..

- prolongation de 6 mois à compter du ……..

☐ reflux gastro-œsophagien (RGO) persistant malgré les ajustements standard ou en présence de manifestations supplémentaires suggérant une allergie, telles que l'eczéma, un retard de croissance ou des précédents familiaux d'atopie
  - première période de 3 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 3 mois à compter du ……..

☐ dermatite atopique
  - première période de 6 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 6 mois à compter du ……..

☐ maladies à éosinophiles
  - première période de 12 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 6 mois à compter du ……..

☐ entéropathie chronique avec retard de croissance
  - première période de 6 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 6 mois à compter du ……..

3) Syndrome d'intestin grêle court
  - première période de 6 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 6 mois à compter du ……..

4) Entéropathie objectivée consécutive à une dysplasie épithéliale ou une atrophie villositaire
  - première demande de 6 mois avec démarrage le ……..
  - prolongation de 6 mois à compter ……..

5) Galactosémie
  - Date de début :……../ Date de fin :……

Le médecin spécialiste soussigné demande une intervention en faveur du bénéficiaire susvisé pour les hydrolysats extensifs issues du lait de vache ou d'hydrolysats de riz. Les conditions mentionnées dans la liste (Partie I – Titre 2 – chapitre I) en annexe de l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à

l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20 bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le dossier du bénéficiaire contient tous les éléments permettant de le justifier à tout moment si nécessaire.

III. Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en pédiatrie

Nom:
Prénom:
Numéro-INAMI: |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Date: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature du médecin spécialiste	Cachet