

- (uniquement pour la première prolongation de traitement) Je confirme qu'une valeur d'HbA1c < 7,0 % ou qu'une diminution de l'HbA1c > ou = 1,0 % par rapport à la valeur initiale a été obtenue.
- (pour les prolongations suivantes) Je confirme que le contrôle glycémique est suffisant.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base de sémaglutide pendant une nouvelle période de 12 mois.

En outre, le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

- metformine
- metformine et sulfamidé hypoglycémiant
- metformine et glinide
- metformine et glitazone
- metformine et insuline basale

En outre, j'atteste que ce patient n'associera pas la spécialité à base de sémaglutide à une gliptine, ou une gliflozine.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)