

Identification du bénéficiaire :

Nom et prénom :

.....

.....

.....

Numéro d'affiliation à l'O.A. :

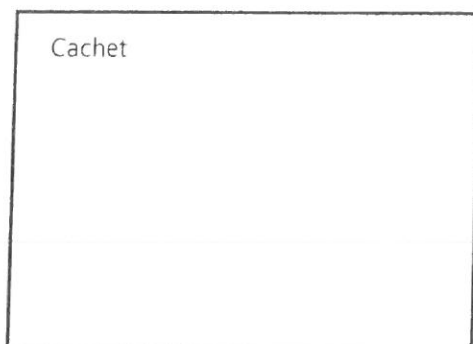
Je soussigné, médecin spécialiste en neurologie/neuro-psychiatrie, certifie que le patient mentionné ci-dessus présente un syndrome parkinsonien cliniquement douteux nécessitant de procéder à un examen par DaTSCAN® pour en établir le diagnostic différentiel.

J'atteste qu'il remplit toutes les conditions figurant au Moniteur Belge du 20 avril 2004, Edition 3, page 23159 :

- l'examen, à ma connaissance, n'a encore jamais été remboursé;
- l'examen concerne un patient adulte et est destiné à établir le diagnostic différentiel entre un tremblement essentiel et des syndromes parkinsoniens;
- l'anamnèse et l'examen clinique ne sont pas suffisamment contributifs pour établir ce diagnostic différentiel.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient doit bénéficier du remboursement de l'examen par DaTSCAN®, à la dose maximale de 1 flacon de 2,5 ml ou 185 MBq

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



Médecin :

Date ____/____/____
Signature