**Aanvraagformulier**

**Esketamine neusspray (Spravato)**

**Gegevens verzekerde**

Naam:

Geboortedatum:

Verzekeringsnummer:

**Gegevens instelling en behandelaar**

AGB-code instelling:

Naam instelling:

Naam regiebehandelaar:

AGB-code regiebehandelaar:

E-mailadres regiebehandelaar:

Telefoonnummer regiebehandelaar:

1. **Voldoet de instelling aan de Criteria gespecialiseerde centra intranasale esketamine (bron: NVVP[[1]](#footnote-1))?**

Ja/nee

**2. Is er sprake van een matige of ernstige depressieve stoornis conform de criteria van de DSM-5?**

Ja/ Nee

1. **Welke behandelstappen zijn reeds doorlopen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stap | **Ja** | **Middel vermelden indien van toepassing** |
| Is de verzekerde gedurende minstens 4 weken behandeld met een SSRI, TCA, SNRI, mirtazapine of bupropion (stap 1); |[ ]   |
| Is de verzekerde gedurende minstens 4 weken behandeld met een ander middel uit stap 1 of een MAO-remmer (stap 2 |[ ]   |
| Is de verzekerde gedurende minstens 4 weken behandeld door toevoeging van lithium, mirtazapine, mianserine of een atypisch antipsychoticum (stap 3) |[ ]   |
| Was er sprake van non-respons tijdens de eerdere behandeling met medicatie? |[ ]   |

1. **Met welk antidepressivum zal de Esketamine gecombineerd worden?**

*Bij een verlenging van de machtiging*

1. **Geef een omschrijving van het reeds behaalde resultaat met Esketamine neusspray indien dit reeds wordt ingezet.**
2. **Ingangsdatum van de behandeling met esketamine neusspray (Spravato)**

**(dd-mm-jjjj)**

1. [NVvP-criteria voor gespecialiseerde centra intranasale esketamine](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiOu63775z0AhVB_bsIHaxUBGQQFnoECAYQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.nvvp.net%2Fstream%2Fcriteria-gespecialiseerde-centra-esketamine-def-26-augustus-2021.pdf&usg=AOvVaw1CKYCm3F2C7qSJy-Uik8Il) [↑](#footnote-ref-1)