

# 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<sup>1</sup>)? (N.B., deze voorwaarden worden getoetst door de individuele zorgverzekeraar)

Ja Nee

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

Ja Nee

### 2. 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?		

### 3. Met welk antidepressivum zal de Esketamine gecombineerd worden?

*Bij een verlenging van de machtiging*

### 4. Geef een omschrijving van het reeds behaalde resultaat met Esketamine neusspray indien dit reeds wordt ingezet.

### 5. Ingangsdatum van de behandeling met esketamine neusspray (Spravato)

- -

<sup>1</sup> NVvP-criteria voor gespecialiseerde centra intranasale esketamine