

## 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>)?**  
Ja/nee
2. **Is er sprake van een matige of ernstige depressieve stoornis conform de criteria van de DSM-5?**  
Ja/ Nee
3. **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);	<input type="checkbox"/>	
Is de verzekerde gedurende minstens 4 weken behandeld met een ander middel uit stap 1 of een MAO-remmer (stap 2)	<input type="checkbox"/>	
Is de verzekerde gedurende minstens 4 weken behandeld door toevoeging van lithium, mirtazapine, mianserine of een atypisch antipsychoticum (stap 3)	<input type="checkbox"/>	
Was er sprake van non-respons tijdens de eerdere behandeling met medicatie?	<input type="checkbox"/>	

4. **Met welke SSRI of SNRI zal de Esketamine gecombineerd worden?**

*Bij een verlenging van de machtiging*

5. **Geef een omschrijving van het reeds behaalde resultaat met Esketamine neusspray indien dit reeds wordt ingezet.**
6. **Ingangsdatum van de behandeling met esketamine neusspray (Spravato) (dd-mm-jjjj)**

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