

ANNEXE A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier:

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité TORISEL (§ 4920000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

Nom: _____

Prénom: _____

N° d'affiliation : _____

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie:

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

☐ agréé en oncologie médicale

(ou)

☐ en urologie avec une compétence particulière en oncologie,

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4920000 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité TORISEL chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de TORISEL (remplissez les cases appropriées):

☐ J'atteste qu'il s'agit d'un patient atteint d'un carcinome rénal avancé, présentant au moins trois des six facteurs de risque pronostiques mentionnés ci-dessous :

- moins d'un an entre le diagnostic initial du carcinome rénal et le début du traitement systémique
- indice de Karnofsky égal à 60 ou à 70
- hémoglobémie au-dessous de la limite inférieure à la normale
- calcémie corrigée > 10 mg/dl
- lactate déshydrogénase > 1,5 fois la limite supérieure à la normale
- plus d'un organe métastasé

Je dispose dans mon dossier d'un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du ____/____/____, au cours de laquelle a été décidé le traitement par TORISEL.

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation, toutes les 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation clinique notamment par un CT-scan ou par une autre imagerie médicale appropriée.

☐ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 24 semaines de traitement qui a débuté le ____/____/____.

☐ J'atteste que ce patient a déjà reçu une période de traitement de 24 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par une autre imagerie médicale appropriée, qui a été effectuée le ____/____/____, démontre que le traitement doit être poursuivi car le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le ____/____/____.

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par TORISEL en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, en dépit du traitement en cours, et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins toutes les 12 semaines de traitement, et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité TORISEL. Compte tenu de la posologie recommandée de 25 mg par semaine, le nombre de conditionnements nécessaire pour assurer 24 semaines de traitement est 24.

IV - Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

Nom: _____
Prénom: _____
N° INAMI: 1- _____-____-____
Date: ____- ____ - _____

<div>(CACHET)</div>	<div>..... (SIGNATURE DU MEDECIN)</div>
---------------------	---