

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité HALAVEN pour le traitement d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique (§ 6680000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

(nom)
 (prénom)
 (numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin spécialiste
☐ agréé en oncologie médicale
 (ou)
☐ possédant une compétence particulière en oncologie.

certifie que les conditions figurant au § 6680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité HALAVEN chez ce patient sont toutes remplies, car ce traitement a été prescrit pour la situation attestée au point III ci-dessous:

J'atteste qu'il s'agit d'un traitement en monothérapie pour des patients atteints d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, dont la maladie a progressé après au moins trois protocoles de chimiothérapie pour le traitement du stade avancé.

J'atteste que le traitement antérieur a comporté une anthracycline, un taxane et la capécitabine, sauf le ou les traitements que le patient ne peut pas recevoir pour lesquels il y a une contre-indication documentée :

Traitements reçus :

☐ anthracycline ; Traitement débuté le / / ; Dose administrée : ; Fin du traitement : le / /
☐ taxane ; Traitement débuté le / / ; Dose administrée : ; Fin du traitement : le / /
☐ capécitabine ; Traitement débuté le / / ; Dose administrée : ; Fin du traitement : le / /

La contre-indication documentée pour :

□ anthracycline est :

↳ taxane est :

□ capécitabine est :

J'atteste que l'administration de la spécialité est strictement conforme au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP).

La patient ne sera pas traité simultanément par une thérapie antihormonale.

Je m'engage à arrêter le traitement en cas de progression de la maladie.

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

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité HALAVEN.

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

