

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SUTENT (§ 4130100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste

□ agréé en oncologie médicale

(ou)

☐ en gastroentérologie avec une compétence particulière en oncologie,

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4130100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité SUTENT chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui présente une tumeur stromale gastro-intestinale non résécable et/ou métastatique (GIST), et qu'il déjà été traité précédemment par imatinib et qu'il montre :

- une progression documentée

(ou)

☐ une intolérance sévère documentée

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 SUTENT.

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 avec notamment une imagerie médicale par CT-scan ou par RMN.

☐ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 16 semaines de traitement qui a débuté le / / , avec une évaluation clinique par CT-scan ou par RMN qui a donc été/sera effectuée pour la première fois le / / .

□ J'atteste que ce patient a déjà reçu une période de traitement de 16 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par RMN, 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 SUTENT en cas de constatation de progression de l'affection 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 SUTENT pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique de □□,□□ mg/jour (posologie minimale autorisée est de 25 mg/jour et posologie maximale est de 87,5 mg/jour), 4 semaines sur 6.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

(nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU

(prénom)

1-1111111-11-1111

(N° INAMI)

(SIGNATURE DU MEDECIN)

UU / UU / UUUUU

(Date)

--

(CACHET)

.....