

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la délivrance de la spécialité BEROMUN (§ 4100000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un sarcome des tissus mous d'un membre. Il s'agit d'une tumeur ou récurrence, exigeant une résection majeure (soit l'amputation du membre soit une résection avec une perte fonctionnelle sévère) ou d'une tumeur ou récurrence associant des métastases synchrones et un problème local nécessitant une chirurgie majeure à visée palliative (amputation ou une résection avec une perte fonctionnelle sévère).

- artériosclérose périphérique oblitérante sévère constituant une contre-indication à la PIM
- maladie cardio-pulmonaire grave constituant une contre-indication à une anesthésie générale
- infections non contrôlée
- la circulation sanguine au niveau du membre à traiter, en aval de la tumeur, dépend essentiellement de la vascularisation de la tumeur elle-même (à contrôler par angiographie, si nécessaire).

Le choix du traitement a été fait à l'occasion de la concertation oncologique multidisciplinaire

et à laquelle ont entre autres participé :

| Nom   | Numéro INAMI    |                     |
|-------|-----------------|---------------------|
| ..... | 1-□□□□-□□-□□□   | , radiothérapeute   |
| ..... | 1-□□□□-□□-□□□   | , oncologue médical |
| ..... | 1-□□□□-□□-□□□   | , chirurgien        |
| ..... | 1-□□□□□-□□-□□□□ | ,radiologue         |

Numéro d'identification INAMI de l'hôpital : 7.10-□□□-□□-□□□

Nom .....

Adresse .....

Je suis attaché depuis le  /  /  à ce Centre spécialisé, qui est expérimenté dans la prise en charge pluridisciplinaire des sarcomes des tissus mous.

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, et plus particulièrement une copie du rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire ainsi que les documents prouvant mon affectation à ce Centre spécialisé et mentionnant le nombre de patients avec un sarcome des tissus mous traités dans notre Centre spécialisé au cours des 12 derniers.

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

### **III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

A horizontal bar divided into 16 equal segments, with the label '(nom)' at the right end.

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)