

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité TASIGNA 150 mg (§ 5890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie clinique certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au point a) ou a') et au point b) du § 5890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour l'administration de TASIGNA 150 mg, vu que cette administration a été exécutée pour la situation sous point III ci-dessous:

☐ Je déclare qu'il s'agit d'un patient qui souffre d'une leucémie myéloïde chronique en phase chronique avec un chromosome de Philadelphie ou d'un gène bcr-abl démontré par PCR, nouvellement diagnostiquée (< 6 mois).

☐ Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic et du suivi du patient et je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil tous les éléments de preuve qui confirment les données attestées.

☐ Je déclare que mon patient n'a pas été traité avec TASIGNA 150 mg; je demande le remboursement pour une première période de 12 mois.

□ (mesure transitoire seulement valable 6 mois après l'entrée en vigueur de cette réglementation)

Je déclare que mon patient a été traité précédemment avec TASIGNA 150 mg non remboursé pendant au moins 3 mois et la date à laquelle le traitement non remboursé commençait était le (date).

Je demande le remboursement pour une période de 12 mois pour continuer le traitement avec TASIGNA vu que le patient en profite sur le plan clinique; je déclare que je n'ai pas constaté une résistance pendant le traitement avec TASIGNA.

(Ou)

☐ Je déclare que mon patient a déjà reçu le remboursement pour TASIGNA 150 mg durant (nombre) période de 12 mois et que je demande un remboursement pour une nouvelle période de 12 mois pour continuer le traitement avec TASIGNA vu que mon patient en profite sur le plan clinique ; je déclare que ce traitement avec TASIGNA a mené à une stabilisation ou une amélioration de l'analyse moléculaire et cytogénétique durant les derniers 12 mois du traitement.

En plus, je m'engage à suivre le traitement d'une manière précise avec définition de la réponse cytogénétique à mois 3, 6 et 12 pendant la première année de traitement, et une fois par an pour les années suivantes, et je m'engage d'arrêter le traitement avec TASIGNA à l'échec du traitement.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, je déclare que mon patient a besoin du remboursement pour la spécialité TASIGNA en tenant compte d'une posologie maximale de 600 mg par jour.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)