

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 1930000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

|||||

- ☐ spécialiste en neurochirurgie avec une compétence particulière en oncologie;
- ☐ spécialiste en radiothérapie;
- ☐ spécialiste en oncologie médicale (interniste oncologue);
- ☐ spécialiste en neurologie avec une compétence particulière en oncologie,
- ☐ spécialiste pédiatre-oncologue (pour autant qu'il s'agisse d'un bénéficiaire de moins de 18 ans);

certifie que les conditions figurant au point a) du § 1930000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 1930000) 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 chez lequel le diagnostic histologique mentionné ci-dessous a été établi, que son statut de performance de Karnofsky est plus grand ou égal à 70, et que son espérance de vie est de 12 semaines ou plus lors de l'initiation du traitement en cours, et:

1. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un traitement en première ligne d'un gliome malin (WHO grade IV), immédiatement après exérèse chirurgicale et/ou biopsie, et que le patient est actuellement au stade :
 - 1.1. ☐ Du traitement concomitant à la radiothérapie (pendant 6 semaines).
 - 1.2. ☐ De la monothérapie adjuvante (6 cycles de 28 jours comportant chacun 5 jours d'administration).
 - 1.2.1. ☐ Il s'agit d'un des 3 premiers cycles.
 - 1.2.2. ☐ Il s'agit d'un des 3 derniers cycles. Je dispose d'une imagerie médicale démonstrative d'une absence de progression après l'administration des 3 premiers cycles.
2. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un traitement (pour un maximum de 12 cycles de 28 jours comportant chacun 5 jours d'administration) en deuxième ligne d'un gliome malin (WHO grade IV) :
 - 2.1. ☐ Ce patient avait déjà reçu un traitement complet en première ligne (sans arrêt pour toxicité hématologique), tel que repris au point 1. ci-dessus, et il a présenté une récurrence/une progression après avoir présenté une réponse qui s'était maintenue pendant au moins 3 mois à l'arrêt du traitement. Je disposerai/dispose d'une imagerie médicale démonstrative d'une absence de progression après chaque série de 3 cycles.
 - 2.2. ☐ Ce patient a déjà reçu un traitement complet (sans arrêt pour toxicité hématologique), tel que repris au point 2.1. ci-dessus, et il a présenté une récurrence après avoir présenté une rémission qui s'était maintenue pendant au moins 3 mois à l'arrêt du traitement. Je disposerai/dispose d'une imagerie médicale démonstrative d'une absence de progression après chaque série de 3 cycles.
3. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un traitement (pour un maximum de 12 cycles de 28 jours comportant chacun 5 jours d'administration) en deuxième ligne d'un gliome malin :
 - 3.1. ☐ Tel que l'astrocytome anaplasique ou le glioblastome multiforme (WHO grade III ou IV ou un grade II transformé) et que ce patient a présenté une récurrence après un traitement qui ne comprenait pas du témozolomide. Je disposerai/dispose d'une imagerie médicale démonstrative d'une absence de progression après chaque série de 3 cycles.
 - 3.2. ☐ Ce patient a déjà reçu un traitement complet (sans arrêt pour toxicité hématologique), tel que repris au point 3.1. ci-dessus, et il a présenté une récurrence après avoir présenté une rémission qui s'était maintenue pendant au moins 3 mois à l'arrêt du traitement. Je disposerai/dispose d'une imagerie médicale démonstrative d'une absence de progression après chaque série de 3 cycles.

En outre, 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, notamment le protocole histologique confirmant le diagnostic.

Je m'engage à arrêter le traitement par témozolomide en cas de constatation de progression de l'affection en dépit du traitement en cours, ou lorsque le schéma de traitement concerné, tel que coché ci-dessus (notamment en ce qui concerne le nombre maximum de cycles remboursables) aura été réalisé complètement.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 1930000) pour le traitement actuellement en cours.

IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)

(prénom)

1-

(N° INAMI)

(Date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)