

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité GIOTRIF (§7050000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du poumon localement avancé ou métastasé non à petites cellules, dont la tumeur présente une mutation activatrice de l'EGFR-TK, démontrée par un Centre agréé de Génétique Humaine ou par un Centre agréé de Diagnostic Moléculaire, et n'a jamais reçu de traitement par un inhibiteur de l'EGFR-TK.

Je m'engage à arrêter le traitement par GIOTRIF en cas de constatation de progression de la maladie sous le traitement par GIOTRIF. Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que la situation de ce patient nécessite le remboursement de la spécialité GIOTRIF en monothérapie à une posologie journalière maximale de 50 mg.

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

_____ (prénom)

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

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

--

.....

Version valable à partir du 01.07.2014