

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité ALIMTA (§ 3780000 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 de :

- Condition relative au type histologique : tumeur de type épithélial
Condition relative à l'absence d'un traitement antérieur par chimiothérapie
Condition relative à l'état du patient : Karnofsky performance status ≥ 80
Condition relative à l'association du traitement par ALIMTA avec du cisplatine

- Condition relative au type histologique : histologie pas à prédominance épidermoïde
Condition relative au stade : localement avancé ou métastatique
Condition relative à la présence d'une chimiothérapie antérieure
Condition relative au traitement en monothérapie

- Condition relative au type histologique : histologie pas à prédominance épidermoïde
Condition relative au stade : localement avancé ou métastatique
Condition relative à l'absence d'un traitement antérieur par chimiothérapie
Condition relative à l'association du traitement par ALIMTA avec du cisplatine

Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection reprise ci-dessus sous a) 1° ou a) 2° ou a) 3° (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques, nature du/des traitement(s) administrés : chirurgie, radiothérapie, autres.....).

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)
 UU/UU/UUUU (Date)

(CACHET)

.....(SIGNATURE DU MEDECIN)