

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité YERVOY (§ 6210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

|||||

Je soussigné, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et a un indice de performance Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0 ou 1 et est atteint d'un mélanome avancé (non résecable ou métastatique) et présente un échec thérapeutique malgré l'administration d'un ou plusieurs traitement(s) systémique(s) oncologique(s) préalable(s) et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 6210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

\_\_\_\_\_ qui a été administré du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ qui a été administré du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ qui a été administré du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie de YERVOY de 3 mg/kg toutes les 3 semaines pour un maximum de 4 administrations de YERVOY par patient.

Il s'agit de

- ☐ la 1<sup>ère</sup> administration
- ☐ la 2<sup>ème</sup> administration – date de la 1<sup>ère</sup> administration :
- ☐ la 3<sup>ème</sup> administration – date de la 2<sup>ème</sup> administration :
- ☐ la 4<sup>ème</sup> administration – date de la 3<sup>ème</sup> administration :

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques, nature du/des traitement(s) administrés : chirurgie, radiothérapie, traitement systémique, autres ...).

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

**III – Identification du médecin-spécialiste en oncologie médicale mentionné ci-dessus au point II:**

\_\_\_\_\_ (nom)  
 \_\_\_\_\_ (prénom)  
 1-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (N° INAMI)  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date)

--

(CACHET)

\*\*\*\*\*

(SIGNATURE DU MEDECIN)