

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité VECTIBIX (§ 4840000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer colorectal métastaté et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4840000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- Condition relative à la présence de gènes *RAS* non mutés (Wild Type du *KRAS* et du *NRAS*) (Pour la première demande, je joins en annexe le résultat de l'analyse génétique) ;
- Condition relative aux traitements antérieurs et/ou à la thérapie concomitante requise (cochez ce qui est d'application):
 - ☐ 1) en première ligne : le patient recevra VECTIBIX en combinaison avec FOLFOX;
 - ☐ 2) en deuxième ligne : le patient a déjà été traité auparavant avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (excluant l'irinotecan) et recevra VECTIBIX en combinaison avec FOLFIRI;
 - ☐ 3) en monothérapie : le patient a déjà été traité par du 5 FU, de l'oxaliplatine et de l'irinotecan.
- Condition relative à l'état du patient à l'instauration du traitement par VECTIBIX:
 - Pas d'antécédent ou de signe de pneumonie interstitielle ou de fibrose pulmonaire;
 - uniquement en cas de première ligne (en combinaison avec FOLFOX) : Karnofsky Performance Status ≥ 80 .

1. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui a reçu un traitement initial par VECTIBIX et (biffez en cas de monothérapie) Le patient a reçu une dose de 6mg/kg toutes les deux semaines.

2. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont la masse tumorale ne présente pas de progression après les 6 semaines du traitement initial avec VECTIBIX et (biffez en cas de monothérapie) et chez qui le traitement initial par VECTIBIX et (biffez en cas de monothérapie) sera/ a été poursuivi pour une nouvelle période de 6 semaines, à raison d'une injection toutes les deux semaines.
(définition selon les critères RECIST d'une maladie en progression: augmentation de 20 % ou plus de la somme des plus grands diamètres de toutes les lésions de référence par rapport à la valeur de cette somme avant traitement).

3. ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont l'imagerie médicale ne montre pas de progression et chez qui le traitement par VECTIBIX et (biffez en cas de monothérapie) sera (ou a été) poursuivi jusqu'à ce qu'une progression de la masse tumorale survienne.
Date de l'avant-dernière imagerie: / /
Date de la dernière imagerie: / /

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, et plus particulièrement la preuve des traitements précédents, les résultats de l'analyse génétique et les éléments de l'imagerie médicale initiale et de la dernière imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression.

Je m'engage à arrêter le traitement par VECTIBIX en cas de constatation de progression de l'affection en dépit du traitement en cours.

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

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)