

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité AVASTIN pour le traitement d'un cancer du sein "triple négatif" métastasé (§ 5370000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du sein métastatique triple-négatif (ER -, PR - et HER-2 -) et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5370000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- le patient doit avoir une tumeur qui, en immunohistochimie, présente moins de 1% de cellules réagissant pour la présence de récepteurs aux œstrogènes, moins de 1% de cellules réagissant pour la présence de récepteurs à la progestérone et un test de FISH négatif pour le récepteur HER2 ;
- le patient ne présente pas d'antécédent thromboembolique artériel (accident cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artérielle périphérique ou autre événement thromboembolique artériel) ;
- le patient ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.

☐ qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN/paclitaxel en première ligne à la posologie recommandée de 10 mg/kg administrée toutes les deux semaines ou de 15 mg/kg administrés une fois toutes les 3 semaines.

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.

Je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les trois premières cures et après, tous les 3 mois et à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation de progression de la maladie 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 AVASTIN.

Date :

--

(cachet) (signature du médecin)