Formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier, complété préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 4750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, selon les modalités de ce paragraphe.
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie selon
<u>l'Arrêté Ministériel du 18.10.2002 ou par un médecin spécialiste porteur de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatrique selon l'Arrêté Ministériel du 14.05.2007 :</u>
Je soussigné, docteur en médecine,
 □ médecin spécialiste en médecine interne porteur de la qualification particulière en hématologie selon l'Arrêté Ministériel du 18.10.2002 ou
□ médecin spécialiste porteur de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatrique selon l'Arrêté Ministériel du 14.05.2007,
certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4750000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité EVOLTRA chez ce patient sont toutes remplies.
III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration d'EVOLTRA (cochez les cases appropriées) :
J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé de moins de 21 ans qui est atteint d'une leucémie lymphoblastique aiguë, et que ce patient est
 □ non répondeur à au moins trois lignes de chimiothérapie ou
□ en rechute après au moins deux lignes de chimiothérapie.
J'atteste que
□ l'affection est réfractaire ou résistante à au moins trois lignes de chimiothérapie différentes considérées comme adéquates dans cette pathologie selon les recommandations et les experts nationaux et internationaux, et qui sont les suivantes :
1)
administrés du பப/பப/பபபப au பப/பப/பபபப, et 2)
administrés du பப/பப/பபபப au பப/பப/பபபப et 3)
administrés du பப/பப/பபபப au பப/பப/பபபப
□ cette rechute de l'affection a été démontrée après au moins deux lignes de chimiothérapie différentes considérées comme adéquates dans cette pathologie selon les recommandations et les experts nationaux et internationaux, et qui sont les suivantes :
1)
administrés du பப/பப/பபபப au பப/பப/பபபப, et 2)
administrés du பப/பப/பபபப au பப/பப/பபபப

ANNEXE A: Modèle du formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier:

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par EVOLTRA en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, en dépit du traitement en cours.

Je m'engage également à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment les protocoles d'analyse de laboratoire, ainsi que le rapport d'évolution qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité EVOLTRA en tenant compte d'un maximum de 3 cycles et d'une posologie maximale par cycle de 52 mg/m² par jour pendant cinq jours.

IV - Identification du médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie selon l'Arrêté
Ministériel du 18.10.2002 ou du médecin spécialiste porteur de la qualification professionnelle particulière en hématologie et
oncologie pédiatrique selon l'Arrêté Ministériel du 14.05.2007(nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
(nom)
1 - [] - [] - [] (n° INAMI)
/(date)
(cachet du médecin) (signature du médecin)