

Formulaire destiné à la demande de remboursement de la spécialité FASLODEX (§ 4570000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné,

- certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'un cancer du sein localement avancé ou métastasé et remplit toutes les conditions figurant au § 4570000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

1. traitement avec un modulateur sélectif des récepteurs aux oestrogènes:

- Administré pour le cancer du sein localement avancé ou métastasé:

Date de début:  /  / 

Date de fin :    /    /

2. traitement avec un inhibiteur de l'aromatase:

- ☐ anastrozole
- ☐ exemestane
- ☐ letrozole

Administré pour le cancer du sein localement avancé ou métastasé (les traitements antihormonaux reçus en adjuvant ne sont pas pris en compte, à moins que la rechute ne se produise au cours d'un 2ème traitement antihormonal adjuvant ou dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement adjuvant)

Date de début :  /  / Date de fin:  /  / 

3. Situation de la patiente nécessitant actuellement l'administration de FASLODEX :

3.1 J'atteste qu'il s'agit d'une patiente chez qui la maladie a progressé  
(cochez la case appropriée)

- ☐ pendant un 2<sup>ème</sup> traitement antihormonal pour un cancer du sein localement avancé  
☐ pendant un 2<sup>ème</sup> traitement antihormonal pour un cancer du sein métastasé  
☐ pendant un 2<sup>ème</sup> traitement antihormonal dans le cadre d'un traitement adjuvant  
☐ dans les 6 mois suivant l'arrêt d'un 2<sup>ème</sup> traitement antihormonal dans le cadre d'un traitement adjuvant (date de fin du traitement adjuvant  /  /  )

3.2 J'atteste qu'il s'agit d'une patiente qui n'a pas encore été traitée par chimiothérapie pour son cancer du sein, sauf dans le cadre d'un traitement adjuvant et que la patiente ne recevra pas de chimiothérapie pendant les mois de traitement par FASLODEX.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ma patiente se trouve dans la situation attestée, et plus particulièrement la preuve des traitements précédents et le rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) marquant l'accord pour le traitement pour lequel le remboursement est demandé.

Je m'engage à arrêter le traitement par FASLODEX 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 la situation de cette patiente nécessite de recevoir le remboursement, pour une période de six mois, de la spécialité FASLODEX à raison de 500 mg par mois administrés sous forme de deux injections intramusculaires de 250 mg/5ml administrés au cours de la même séance et d'une dose supplémentaire de 500 mg administrée au jour 14 du traitement.

**II-b. Demande de prolongation:**

Je soussigné,

☐ **médecin spécialiste en oncologie**

☐ **médecin spécialiste en gynécologie avec une compétence particulière en oncologie**

certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'un cancer du sein localement avancé ou métastasé et a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité FASLODEX sur base des conditions du § 4570000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que ce traitement doit être poursuivi étant donné qu'il n'y a pas de progression de la maladie sous le traitement actuel par FASLODEX.

J'atteste qu'il s'agit d'une patiente qui n'a pas encore été traitée par chimiothérapie pour son cancer du sein, sauf dans le cadre d'un traitement adjuvant et que la patiente ne recevra pas de chimiothérapie pendant les mois au cours desquels elle sera traitée par FASLODEX (ou comme mesure transitoire, sauf si la patiente a reçu la première autorisation de remboursement avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation).

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui attestent que ma patiente se trouve dans situation décrite.

Je m'engage à arrêter le traitement par FASLODEX dès je constate que la maladie progresse malgré le traitement en cours.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que la situation de cette patiente nécessite de recevoir le remboursement, pour une période de six mois, de la spécialité FASLODEX à raison de 500 mg par mois administrés sous forme de deux injections intramusculaires de 250 mg/5ml administrées au cours de la même séance.

**III - Identification du médecin-spécialiste mentionné à point II ci-dessous:**

(nom)

(prénom)

1  -      -   -     (n° INAMI)

/   /     (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)