

Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier pour le remboursement de la spécialité TORISEL (§ 5910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de lymphome à cellule du manteau (LCM) et qu'il remplit les conditions figurant au § 5910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- ☐ Il s'agit d'un patient adulte
☐ Il présente une rechute de sa pathologie
 ou
☐ il est réfractaire au traitement en cours
 et
☐ il a reçu au moins deux lignes de chimiothérapie
du 00- 00 - 0000 au 00- 00 - 0000
du 00- 00 - 0000 au 00- 00 - 0000

- ⌋ Il s'agit d'une première demande de remboursement pour une période de 3 mois. Pendant cette période, la posologie sera au maximum de:
 - ⌋ 175 mg de TORISEL par semaine durant 3 semaines
 - ⌋ 75 mg de TORISEL par semaine durant les semaines suivantes
- ⌋ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 3 mois pour une posologie de
 - ⌋ ... mg de TORISEL par semaine

J'atteste que le dernier CT-scan a été réalisé en date du: 00- 00 - 0000.

Je m'engage à arrêter le traitement en cas de progression de la maladie malgré le traitement.

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.

Nom: _____
Prénom: _____
N° INAMI: 1- _____
Date: __- __ - ____

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)