## ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande :

(CACHET)

Formulaire destiné au médecin-conseil pour le remboursement de la spécialité AVASTIN pour le traitement de première ligne du stade FIGO IV d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif (§ 6830100 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement et qui est agréé en oncologie médicale ou possède
une compétence particulière en oncologie:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'un cancer épithélial de l'ovaire, d'un cancer des trompes de Fallope ou d'un cancer péritonéal primitif de FIGO stade IV et qu'elle remplit toutes les conditions figurant au § 6830100 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001;
Conditions relatives à l'état de la patiente à l'instauration du traitement par bevacizumab :
<ul> <li>la patiente ne présente pas d'antécédent tromboembolique artériel (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artériovasculaire périphérique ou autre événement thromboembolique artériel);</li> </ul>
- la patiente ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.
III – Situation de la patiente nécessitant actuellement l'administration d'AVASTIN :  Je dispose du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) daté du// (date), au cours de laquelle le traitement par AVASTIN a été décidé.
J'atteste qu'il s'agit d'une patiente chez qui un traitement par AVASTIN en première ligne sera débuté à la posologie maximale de 15 mg/kg de poids corporel administré toutes les 3 semaines en association avec carboplatine/paclitaxel pendant maximum 6 cycles et suivi d'une monothérapie pour une période de 15 mois maximum (soit une durée totale de maximum 22 cycles), ou jusqu'à progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, selon ce qui survient en premier.
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.
Je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les 3 premières cures et après les 6 premières cures et ensuite tous les 3 mois et je m'engage à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation d'une progression de la maladie.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette patiente nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité AVASTIN.
IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
Nom :
Prénom :
Numéro INAMI : 1-         -     -
Date:
<del></del>

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)