

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité MABTHERA (§ 5550200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5550200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

☐ des patients non préalablement traités :

☐ stade Rai III/IV (stade Binet C).

OU

- stade Rai I/II (stade Binet A/B), si le patient présente des symptômes liés à la maladie (perte de poids, fatigue extrême, sueurs nocturnes ou fièvre), insuffisance progressive de la moelle, hépato-splénomégalie ou lymphadénopathie massive ou progressive, augmentation des lymphocytes sanguins périphériques de plus de 50 % sur une période de 2 mois ou un temps de redoublement anticipé de ces cellules de moins de 12 mois.

- ☐ des patients en rechute ou réfractaire

MABTHERA doit être administré en association à une chimiothérapie qui contient de la fludarabine, et dans le cas des patients en rechute ou réfractaire, en association à une chimiothérapie qui contient de la fludarabine et du cyclophosphamide.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques,...) et je m'engage à arrêter le traitement, après les 3 premiers cycles, si le patient présente une réponse insuffisante définie comme maladie stable ou progressive chez les patients non préalablement traités et comme maladie progressive chez les patients en rechute/réfractaires.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que l'état de ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité MABTHERA qui tiendra compte d'une posologie maximale de 375 mg/m² pour le 1^{er} cycle et de 500mg/m² pour les cycles 2 jusqu'à 6.

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)

____/____/____ (date)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)