

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité XAGRID (§ 3450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

- Conditions relatives au diagnostic, le nombre des thrombocytes et confirmation de la présence d'une mutation de type JAK-2 et/ou l'absence du chromosome Philadelphia et/ou l'absence d'un réarrangement BCR-ABL;
- Conditions relatives au fait que le patient se trouve dans une situation d'intolérance et de résistance à l'hydroxycarbamide;
- Conditions relatives à la présence d'au moins une des conditions suivantes:
 - ☐ un nombre de thrombocytes $> 1000 \times 10^9/l$;
 - ☐ un antécédent documenté de thrombohémorragie;
 - ☐ bénéficiaire qui a plus de 60 ans.

(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité XAGRID sur base des conditions du § 3450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous)

☐ un résultat positif à l'analyse de nombre de thrombocytes avec une valeur de en date du
/../.....

☐ un résultat négatif à l'analyse du chromosome de Philadelphia

☐ un résultat positif de la mutation JAK-2

☐ absence d'un réarrangement BCR-ABL

- le patient a plus de 60 ans.

☐ la présence d'une manifestation mucocutanée inacceptable quelque soit la dose d'hydroxycarbamide. La réaction présentée est la suivante :

Ou,

- ☐ la présence de fièvre liée à l'administration d'hydroxycarbamide.

Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic et du suivi du patient et je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les éléments de preuve qui attestent de la situation décrite.

III - Période de l'administration:

III. 1

- ☐ il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité avec la spécialité XAGRID. J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité XAGRID avec une posologie maximale de 5 mg/jour pour une première période de 12 mois.

III. 2

- ☐ il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité XAGRID, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité XAGRID sur base des conditions du § 3450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que le traitement par XAGRID a engendré une baisse du taux plaquettaire :

□□/□□/□□□□ (date) taux de plaquettes : 10⁹/L avant traitement par Xagrid

□□/□□/□□□□ (date) taux de plaquettes : 10⁹/L récemment

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité XAGRID avec une posologie maximale de 5 mg/jour pour une nouvelle période de 12 mois.

IV - Identification du médecin-spécialiste en hématologie visé au point II ci-dessus:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

□1□ - □□□□□ - □□□ - □□□□ (n° INAMI)

□□□ / □□□ / □□□□□ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)