## Annexe A: Modèle de formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité ALIMTA (§ 3780000 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 pneumologue possédant une compétence particulière en oncologie ou par le médecin spécialiste en oncologie clinique:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de :

1° ⊔ mésothéliome pleural malin inopérable, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) 1° du § 3780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Condition relative au type histologique : tumeur de type épithélial

Condition relative à l'absence d'un traitement antérieur par chimiothérapie

Condition relative à l'état du patient : Karnofsky performance status ≥ 80

Condition relative à l'association du traitement par ALIMTA avec du cisplatine

2° ucancer bronchique non à petites cellules, et qu'il remplit toutes les conditions figurant a u point a) 2° du § 3780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Condition relative au type histologique : histologie pas à prédominance épidermoïde

Condition relative au stade : localement avancé ou métastatique

Condition relative à la présence d'une chimiothérapie antérieure

Condition relative au traitement en monothérapie

3° u cancer bronchique non à petites cellules, et qu'il remplit toutes les conditions figurant a u point a) 3° du § 3780000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Condition relative au type histologique : histologie pas à prédominance épidermoïde

Condition relative au stade : localement avancé ou métastatique

Condition relative à l'absence d'un traitement antérieur par chimiothérapie

Condition relative à 'association du traitement par ALIMTA avec du cisplatine

Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection reprise ci-dessus sous a) 1° ou a) 2° ou a) 3° (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomopathologiques, nature du/des traitement(s) administrés : chirurgie, radiothérapie, autres.....).

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que l'état de ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ALIMTA.

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

עטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטטט	
บบบบบบบบบบบบบบ (prénom)	
1 (N°INAMI)	
บบ/บบ/บบบบ (Date)	
(CACHET)	(SIGNATURE DU MEDECIN)