ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande :

Formula	aire des	tiné a	au méde	cin-c	onseil po	our le	e remboi	urse	ement de la	a spécial	ité AVA	STIN	pour	le '	traitemer	ıt d'	une pre	emièr	e récidiv	e d	un
cancer	épithéli	al de	l'ovaire,	des	trompe	s de	Fallope	ou	péritonéal	primitif,	sensible	e aux	sels	de	platine	(§ 6	683020	0 du	chapitre	IV	de
l'Arrêté	Royal o	lu 21	décembr	e 200	01)																

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 possèd
une compétence particulière en oncologie:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'une première récidive d'un cancer épithélia de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, sensible aux sels de platine, qu'elle n'a pas été préalablement traitée par de bevacizumab ou un autre inhibiteur du VEGF ou un autre agent ciblant le récepteur du VEGF et qu'elle remplit toutes les condition figurant au § 6830200 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 :
 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);
- 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 pa AVASTIN a été décidé.
J'atteste qu'il s'agit d'une patiente chez qui un traitement par AVASTIN en deuxième ligne à la posologie de 15 mg/kg de poids corport administrée toutes les 3 semaines en association au carboplatine et à la gemcitabine pendant 6 cycles à 10 cycles maximum, suivis d'un monothérapie jusqu'à la progression de la maladie.
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ma patiente se trouve dans la situatio 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 j 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 spécialit AVASTIN.
IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
Nom :
Prénom :
Numéro INAMI : 1-
Date :

...... (SIGNATURE DU MÉDECIN)

(CACHET)