

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité HERCEPTIN SC prescrite pour le traitement d'un cancer du sein surexprimant HER2, métastatique (§7040000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) ou en situation adjuvante (§7040000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Version valable à partir du 01.07.2014

documentés de décompensation cardiaque, d'une maladie coronaire avec un infarctus du myocarde et présence d'une onde Q, d'un angor nécessitant un traitement médicamenteux, d'une hypertension artérielle non contrôlée, d'une pathologie valvulaire cliniquement significative ou d'une arythmie instable.

- J'atteste que le traitement par HERCEPTIN SC est administré dans le cadre d'un schéma thérapeutique comprenant une chimiothérapie adjuvante classique, administrée à une posologie dont l'efficacité a été démontrée.

En effet le patient est traité par :

- à la dose de administrée toutes les semaines
- à la dose de administrée toutes les semaines
- à la dose de administrée toutes les semaines

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient remplit les conditions pour recevoir le remboursement de la spécialité HERCEPTIN SC pour le traitement du cancer du sein surexprimant HER2:

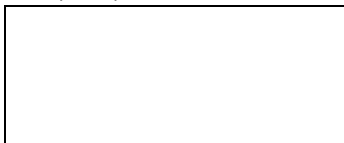
- ☐ **métastatique** à la posologie maximale de 600 mg par période de 3 semaines.
 - ☐ pour une première demande de remboursement d'une période maximale de 2 mois
 - ☐ pour un renouvellement pendant de nouvelles périodes de 6 mois sur base d'éléments objectifs démontrant l'efficacité clinique du traitement.

soit

- ☐ **en situation adjuvante** à la posologie de 600 mg par période de 3 semaines. Le médecin-conseil peut autoriser le remboursement pendant une période de un an maximum.

IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou ayant une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

..... (nom)
..... (prénom)
1-..... (N° INAMI)
.. / .. / (Date)



(CACHET)

..... (SIGNATURE
MEDECIN) DU