

Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier comme condition nécessaire pour la facturation de la spécialité OCTREOSCAN (§ 5010000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).

\_\_\_\_\_

- ☐ en oncologie médicale (ou)
- ☐ en médecine interne (ou)
- ☐ en chirurgie

☐ présente une tumeur carcinoïde  
(ou)

☐ présente une tumeur neuro-endocrine de ☐ l'estomac, ☐ l'intestin ou ☐ du pancréas

☐ n'a jamais subi un examen avec OCTREOSCAN auparavant

☐ a déjà subi un examen avec OCTREOSCAN le / /

	(nom)
	(prénom)
1   -                       -	(n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

\*\*\*\*\*

(signature du médecin)