

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité EXJADE (§ 4250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

|||||

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

- ☐
- agrée en médecine interne et porteur du titre professionnel d'hématologie clinique

(ou en cas d'un bénéficiaire de moins de 18 ans :)

- ☐ en pédiatrie expérimenté dans le traitement de la surcharge en fer posttransfusionnelle.

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité EXJADE chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

a) Il s'agit du diagnostic suivant

- 1. la bête-thalassémie majeure

(ou)

- ☐ 2. la drépanocytose homozygote (anglais : sickle cell anemia), pour laquelle le traitement de la surcharge martiale par le DESFERAL est inadapté

(ou)

- ☐ 3. une défaillance congénitale de la moelle osseuse comme p.ex. le syndrome de Blackfan-Diamond ou autre syndrome (citez le cas échéant) : pour laquelle le traitement de la surcharge martiale par le DESFERAL est inadapté

(ou)

4. le syndrome de la myélodysplasie, pour lequel le patient présente un score IPSS (International Prognostic Scoring System) publié dans Blood 1997;89:2079-2088) est établi sur base des examens les plus récents chez mon patient comprenant un dosage des globules rouges, globules blancs et plaquettes périphériques, un compte du nombre de blastes dans la moelle osseuse ainsi qu'un examen cytogénétique. Par conséquent, le score IPSS le plus récent de mon patient est de points (au maximum 1,5 points) à la date de uu/uu/uuuu. Pour rappel, l'échelle du score IPSS va de 0 à 3,5 points, indiquant une meilleure survie vers 0 points.

- ☐ 4.1. Un traitement préalable de la surcharge martiale par perfusions du DESFERAL pendant au moins 6 mois n'a pas réalisé un contrôle suffisant de fer, à savoir un taux croissant de la ferritinémie sous traitement par le DESFERAL.

La date du début du traitement préalable de la surcharge martiale par le DESFERAL était le

_____/_____/_____, ainsi que le taux de ferritinémie à ce moment était de : ng/L

Les taux croissants de ferritinémie avec dates, sous traitement par le DESFERAL à dosages suffisants pendant au moins 6 mois, chez mon patient étaient les suivants :

□□/□□/□□□□ (date) taux de ferritinémie : ng/L

____/____/____ (date) taux de ferritinémie : ng/L

____/____/____ (date) taux de ferritinémie : ng/L

UUU/UU/UUUUU (date) taux de ferritinémie : ng/L

(ou)

- ☐ 4.2. Des perfusions par DESFERAL inhibent les activités socio-professionnelles de mon patient myélodysplasique.

(ou)

☐ 4.3. Pour mon patient myelodysplasique une transplantation de moelle/cellules souches est préparée.

b) La situation de surcharge martiale est établie sur base du fait que :

☐ le besoin transfusionnel actuel chez mon patient s'élève à d'unités de concentrés de globules rouges transfusé chaque mois

(et)

☐ le taux cumulatif de la surcharge martiale due aux polytransfusions dans le passé s'élève à de grammes de fer chez mon patient

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

Le traitement remboursable par EXJADE que j'envisage, se donnera dans un schéma posologique de minimum 20 mg/kg/jour et de maximum 30 mg/kg/jour, et que, par conséquent, je m'engage à arrêter le traitement par EXJADE en cas de posologies d'EXJADE non remboursables.

IV – Période de l'administration d'EXJADE du patient polytransfusé et surchargé en fer (cochez les cases appropriées) :

☐ Il s'agit d'une première demande. Je demande le remboursement pour une première période de 6 mois

(ou)

☐ Il s'agit d'un renouvellement. Je demande une nouvelle période de remboursement d'EXJADE pour 6 mois pour pouvoir continuer ainsi le traitement par EXJADE car le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique ; j'atteste que le traitement par EXJADE a mené vers une stabilisation voir une baisse des taux de ferritinémie dans les 6 derniers mois de traitement :

/ / (date) taux de ferritinémie : ng/L il y a 6 mois

/ / (date) taux de ferritinémie : ng/L récemment

Quelle que soit la période de traitement, je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation au moins une fois des tests de la fonction rénale et de la fonction hépatique en ce qui concerne la sécurité pendant une période de 6 mois, ainsi du taux de la ferritinémie à la fin de la période de 6 mois.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité EXJADE pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique de mg/jour (*posologie minimale autorisée est de 20 mg/kg/jour et posologie maximale est de 30 mg/kg/jour*).

V – Identification du médecin demandeur (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

(nom)

(prénom)

1---

(N° INAMI)

/ /

(Date)

(SIGNATURE DU MEDECIN)

(CACHET)

.....