ANNEXE A: modèle de formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier 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).
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :
II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale, ou en médecine interne ou en chirurgie :
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste
□ en oncologie médicale(ou)
□ en médecine interne (ou)
⊔ en chirurgie
certifie que toutes les conditions figurant au § 5010000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration d'OCTREOSCAN chez ce (cette) patient(e) sont satisfaites, étant donné que cette administration a été faite pour la situation attestée au point III ci-dessous :
III - Situation du (de la) patient(e) qui doit subir une SPECTomographie avec OCTREOSCAN (cochez les cases appropriées) :
☐ J'atteste qu'il s'agit d'un(e) patient(e) chez qui il existe une forte suspicion qu'il/elle:
⊔ présente une tumeur carcinoïde (ou)
⊔ présente une tumeur neuro-endocrine de ⊔ l'estomac, ⊔ l'intestin ou ⊔ du pancréas
Je dispose dans mon dossier des protocoles et des résultats des examens qui ont conduit à la suspicion de ce diagnostic
⊔ J'atteste qu'il s'agit d'un suivi annuel d'un(e) patient(e) dont la maladie a déjà été diagnostiquée et qui :
⊔ n'a jamais subi un examen avec OCTREOSCAN auparavant
ப a déjà subi un examen avec OCTREOSCAN le பப/பப/பபப
Je dispose dans mon dossier des protocoles et des résultats des examens qui on été effectuées l'an dernier.
⊔ J'atteste que ce/cette patient(e) a subi une intervention chirurgicale pour son/sa tumeur carcinoïde ou neuro-endocrine ou une (des) métastase(s) de celle-ci le ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔. Un examen de suivi supplémentaire dans les 6 mois suivants l'intervention est nécessaire chez ce (cette) patient(e).
Je dispose dans mon dossier du protocole de l'intervention chirurgicale.
IV - Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en médecine interne ou en chirurgie. (nom, prénom, adres, numéro INAMI):
1 - -
//(date)
(cachet) (signature du médecin)