

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité REMOVAB (§ 5970000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Nom: _____

Prénom:

N° d'affiliation :

Je soussigné, médecin spécialiste, agréé en

☐ oncologie médicale

OU

☐ gynécologie et possédant une compétence particulière en oncologie

certifie que la patiente mentionné ci-dessus est atteinte d'ascite maligne due à un carcinome ovarien EpCAM-positif et qu'elle remplit simultanément toutes les conditions figurant au § 5970000 du chapitre IV de A.R. du 21 décembre 2001 :

Son indice de Karnofsky est d'au moins 60

et

le nombre relatif de lymphocytes est de $> 25\%$ dans le sang

et

il n'y a plus d'alternatives adaptées remboursables

Il s'agit de la

□ 1^{ère} administration de REMOVAB (10 µg)

□ 2^{ème} administration de REMOVAB (20 µg)

□ 3^{ème} administration de REMOVAB (50 µg)

□ 4^{ème} administration de REMOVAB (150 µg)

Je m'engage formellement à arrêter le traitement par REMOVAB en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, en dépit du traitement en cours.

Je m'engage également à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ma patiente se trouve dans la situation attestée.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette patiente nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité REMOVAB.

[illegible]

Prénom:

N° INAMI: 1- - -

Date: | | | - | | | - | | |

CACHET

SIGNATURE DU MEDECIN