Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SUTENT(§ 5960000 du chapitre IV de 1'A.R. du 21 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale ou en gastroentérologie avec une compétence particulière en oncologie:
Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste agréé
u en oncologie médicale
ou
⊔ en gastroentérologie avec une compétence particulière en oncologie,
certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 5960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité SUTENT chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:
III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de SUTENT (cochez les cases appropriées):
J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui présente tumeur neuroendocrine du pancréas bien différenciée, non résécable ou métastasée et dont la maladie progresse.
Je dispose dans mon dossier d'un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du பப/பபபப, au cours de laquelle le traitement par SUTENT a été décidé.
Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation d'une évaluation clinique ainsi que d'une évaluation par imagerie médicale par CT-scan ou par RMN toutes les 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige.
⊔ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 12 semaines de traitement qui a débuté le பப/பப/பபப, avec une évaluation clinique par CT-scan ou par RMN qui a donc été pour la première fois le பப/பப/பபபப.
⊔ J'atteste que ce patient a déjà reçu au moins une période de traitement de 12 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par RMN, qui a été effectuée le ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔, démontre que le traitement doit être poursuivi car le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔; (= 12 semaines + tard).
En outre, je m'engage à arrêter le traitement par SUTENT en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation précédente, en dépit du traitement en cours, et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins toutes les 12 semaines de traitement et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité SUTENT pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique allant de 37.5 mg/jour à 50 mg/jour.
IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
//
(cachet) (signature du médecin)