Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SAVENE (§ 4320000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'O.A.) :
II – Eléments à attester par le médecin prescripteur:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus a subi une extravasation d'anthracycline :
L'administration d'anthracycline était motivée par le diagnostic précis suivant :
L'extravasation a eu lieu le / / , au niveau suivant :
Il s'agit de l'anthracycline suivante :
, dont la dose administrée était de mg.
Mode d'administration de l'anthracycline :
Je sais que le traitement par SAVENE n'est remboursable qu'une seule fois par bénéficiaire.
En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité SAVENE.
III – Identification du médecin spécialiste, avec une compétence particulière en oncologie, en hématologie ou oncologie médicale
(nom, prénom, N°INAMI) :
(nom)
1 -         -     (n° INAMI)
/(date)

(signature du médecin)

(cachet du médecin)