Annexe A: Modèle du formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité IRESSA (§ 5680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

II - Eléments à attester par médecin spécialiste en pneumologie ayant une compétence particulière en oncologie ou un médecin spécialiste en oncologie médicale.

Je, soussigné,

u médecin spécialiste en pneumologie ayant une compétence particulière en oncologie

OΠ

Certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastasé avec mutation activatrice de l'EGFR-TK et qu'il remplit toutes les conditions fixées au § 5680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. La mutation activatrice de l'EGFR-TK a été démontrée par un Centre agréé de Génétique Humaine ou par un Centre agréé de Diagnostic Moléculaire.

III - <u>Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de l'IRESSA en monothérapie (cochez dans la case appropriée)</u>
Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation tous les trois mois de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation par imagerie médicale appropriée.

U J'atteste qu'il s'agit de la première période de traitement de 6 mois qui a débuté le பப/பப/பபப

Ou

J'atteste que ce patient a déjà reçu au moins une période de traitement de 6 mois et que la précédente évaluation par imagerie médicale, qui a été effectué le ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔, démontre que la tumeur n'a pas progressé selon les critères RECIST.

Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le பப/பப/பபப

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient se trouve dans la situation attestée et plus particulièrement

- le résultat de l'examen anatomopathologique,
- le résultat du test de l'EGFR-TK activatrice effectué dans un Centre Agréé de Génétique Humaine ou dans un Centre agréé de Diagnostic Moléculaire,
- et les résultats de l'imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression sous le traitement.

Je m'engage à arrêter le traitement par l'IRESSA en cas de constatation de progression de la maladie sous le traitement par l'IRESSA.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que la situation de ce patient nécessite le remboursement de la spécialité IRESSA en monothérapie à une posologie journalière maximale de 250 mg. IRESSA ne sera pas administré en association à la chimiothérapie.

IV - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II

(nom)				
บบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบ (prénom)				
1-บบบบบ-บบ-บบบ (n° INAMI)				
בע/טט/טטט (date)				
`	,			
		7		

(cachet)	signature du médecin