

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité YONDELIS § 4960000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de sarcome des tissus mous évolué, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4960000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- un traitement antérieur à base d'anthracyclines et d'ifosfamide a échoué

L'ifosfamide a été administré du  /  /  au  /  /

Une anthracycline (spécialité : ..... ) a été administrée du  /  /  au  /  /

☐ le patient ne peut pas recevoir des anthracyclines et/ou de l'ifosfamide sur base de la co-morbidité suivante : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du  /  /  qui a marqué son accord avec le traitement par YONDELIS.

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.

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

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité YONDELIS.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

\*\*\*\*\*

(signature du médecin)