## ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité REVLIMID (§ 4590000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

## I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

(cachet)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique:

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie, certifie que les conditions figurant au point a) du § 4590000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité REVLIMID chez ce patient sont toutes remplies.

## III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de REVLIMID (cochez les cases appropriées) :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui est atteint d'un myélome multiple et chez qui au moins un traitement antérieur a échoué.
o Le traitement antérieur a comporté au moins une greffe de cellules souches. Cette greffe a été effectuée le பப / பப / பபபப à l'hôpital suivant :
ou
o le patient est inéligible pour une telle greffe de cellules souche pour la raison suivante :
Tous les traitements qui ont été administrés avant une éventuelle greffe de cellules souches ont été considérés comme un seul schéma de traitement, y compris la greffe de cellules souches.
En outre, je m'engage à arrêter le traitement par REVLIMID 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 mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement et les protocoles de l'analyse laboratoire et de l'imagerie médicale.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité REVLIMID en tenant compte d'une posologie maximale de 25 mg par jour, réalisée avec un maximum de 1 gélule par jour de traitement, 21 jours su 28 (ce qui correspond à un cycle).
IV – Identification du médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie (nom prénom, adresse, N°INAMI) :
(prénom)
1 - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] (n° INAMI)
/

(signature du médecin)