

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité AVASTIN (§ 4910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

- le patient n'a pas reçu de chimiothérapie pour une maladie métastatique et n'a jamais été traité par bevacizumab ;
- le patient ne présente pas d'antécédent tromboembolique artériel (accident cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artériovasculaire périphérique ou autre événement thromboembolique artériel) ;
- le patient ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.

Je m'engage à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation de progression de la maladie en dépit du traitement en cours.

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

Nom : .....  
Prénom : .....  
Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10-□ □ □-□ □-□ □ □ □  
Adresse : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Numéro INAMI : 1- - - - - - - - - -  
Date : .....

--

(cachet)

..... (signature du médecin)