

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité AVASTIN (§ 4910200 nouveau du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du rein avancé et/ou métastatique et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4910200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- le patient a présenté au moins un effet indésirable de grade 3 ou 4 au cours des 4 premières semaines de traitement par la spécialité SUTENT dont l'administration a été arrêtée depuis maximum 4 semaines ;
- le patient ne présente pas d'antécédent thromboembolique 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 dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du / / (date), au cours de laquelle a été décidé le traitement par AVASTIN/IFN.

qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN/IFN en première ligne à la posologie recommandée de 10 mg/kg administrée toutes les deux semaines.

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 faire un CT-scan ou une IRM après 8 semaines et ensuite toutes les 8 semaines et 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**.

Date :

--

(cachet)

..... (signature du médecin)