



Je m'engage, en cas d'apparition de nouveaux symptômes ou d'aggravation de symptômes existants, à effectuer un contrôle qui comprend tous les examens nécessaires pour vérifier les signes de progression susmentionnés.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui confirment que mon patient se trouve dans la situation attestée.

☐ **Demande de remboursement lors de l'initiation d'un traitement par Zytiga**

Sur la base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient a besoin du remboursement de la spécialité ZYTIGA pour initier le traitement à la posologie maximum de 1000 mg par jour.

Je m'engage à arrêter le traitement remboursé si je constate une progression de la maladie, démontrée par au moins 2 des signes de progression susmentionnés.

☐ **Demande de prolongation du remboursement du traitement par Zytiga (après 1 an de traitement)**

La première administration de ZYTIGA a été effectuée le / /  (date)

Le bilan comprenant tous les examens nécessaires à la vérification de l'absence de chacun des signes de progression mentionnés ci-dessus, a été effectué la dernière fois entre le / /  (date) et le / /  (date).

J'atteste que ce bilan montre moins de 2 signes de progression.

Sur la base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient a besoin de la prolongation du remboursement de la spécialité ZYTIGA pour une nouvelle période de maximum 1 an à une posologie maximale de 1000 mg par jour.

Je m'engage à arrêter le traitement remboursé si je constate une progression de la maladie, démontrée par au moins 2 des signes de progression susmentionnés.

**IV - Identification du médecin spécialiste en urologie, en oncologie médicale ou en radiothérapie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

(nom)

(prénom)

1--- (Numéro INAMI)

/  /  (Date)



(SIGNATURE DU MÉDECIN):

(CACHET)

.....

**Annexe : évaluation du score de douleur**

Évaluez le degré de douleur\* du patient en entourant le chiffre qui reflète le mieux la PIRE douleur\* ressentie au cours des 24 dernières heures :

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Pas de  
douleur\*

La pire douleur\* que  
l'on puisse imaginer

\*douleur différente des types de douleurs habituelles (comme des maux de tête banals, des entorses et des douleurs dentaires)