

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité JAKAVI (§ 6820000 du chapitre IV de l'A.R du 21 décembre 2001).

I – Identification du bénéficiaire (nom , prénom, n° d'affiliation chez l'O.A.) :

Nom: _____
Prénom: _____
Numéro d'affiliation: _____

II – Eléments à attester par le médecin-spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie clinique :

Je soussigné, médecin-spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie clinique, certifie que toutes les conditions figurant au point a) et au point b) du paragraphe § 6820000 du chapitre IV de l'arrêté du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de JAKAVI sont remplies chez ce patient, comme démontré dans le point III ci-dessous.

III – Première demande :

III.1

☐ J'atteste qu'il s'agit d'un adulte, qui n'a pas été traité préalablement avec JAKAVI et qui est atteint :

- ☐ de myélofibrose primaire (également appelée myélofibrose chronique idiopathique),
- ☐ de myélofibrose secondaire à une maladie de Vaquez (polycythémie vraie) ou
- ☐ de la myélofibrose secondaire à une thrombocytémie essentielle

J'atteste qu'il s'agit d'un adulte présentant au moins 2 des facteurs de risque pronostiques suivants :

- ☐ Hémoglobine < 10 g/dL
- ☐ Globules blanc > $25 \times 10^9/L$
- ☐ Symptômes constitutionnels (transpiration nocturne, perte de poids et/ou fièvre)
- ☐ Age > 65 ans
- ☐ Taux de blastes dans le sang > 1%

Et que le patient répond également aux critères additionnels suivants:

- un splénomégalie palpable d'au moins 5 cm sous le rebord costal (confirmé par imagerie médicale pour les nouveaux patients (échographie ou IRM)) et
- taux de plaquettes sanguines supérieur à $100 \times 10^9 /L$ et
- taux de blastes < 10% dans le sang périphérique et
- une espérance de vie de plus de 6 mois et
- n'entre pas en ligne de compte pour une transplantation de moelle osseuse

En annexe, je joins un rapport médical mentionnant les éléments permettant le diagnostic et décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats de laboratoire, examen médullaire, génotype, imagerie médicale de la rate, nature(s) du/des traitement(s) administré(s)),

OU

☐ j'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte ayant reçu un traitement préalable par Jakavi non remboursé, dans le cadre d'un programme clinique et je joins une demande motivée qui démontre clairement que le patient répondait aux critères de remboursement tels que visés au point a) du présent paragraphe à l'initiation du traitement et que le patient a un avantage sur le plan clinique à poursuivre le traitement , à savoir une réduction persistante de la taille de la rate.

En annexe, je joins un rapport médical mentionnant les éléments qui permettaient le diagnostic (résultats du laboratoire, examen médullaire, imagerie de la rate si disponible) et décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats du laboratoire, examen médullaire, imagerie de la rate (échographie ou IRM), nature du traitement(s). Afin d'évaluer la suite de l'évolution de la taille de la rate, je joins également un protocole d'imagerie médicale récente de la rate (échographie ou IRM).

III.2

/
/
(date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)