Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalab de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).	lement à la délivrance de la spécia	alité BEROMUN (§ 4100000 du chapitre IV		
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, nur	néro d'affiliation à l'O.A.):			
II - Eléments à attester par un médecin spécial réglementaire du § 4100000	iste attaché à un Centre spécie	alisé tel que visé au point a) du texte		
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le membre. Il s'agit d'une tumeur ou récidive, exigeant u perte fonctionnelle sévère) ou d'une tumeur ou récidiv chirurgie majeure à visée palliative (amputation ou une	ne résection majeure (soit l'amputat re associant des métastases synch	tion du membre soit une résection avec une rones et un problème local nécessitant une		
Le patient ne présente aucun des critères d'exclusion	suivants :			
 artériosclérose périphérique oblitérante sévère co maladie cardio-pulmonaire grave constituant une infections non contrôlée la circulation sanguine au niveau du membre à tra tumeur elle-même (à contrôler par angiographie, s 	contre-indication à une anesthésie qui diter, en aval de la tumeur, dépend	générale		
Toutes les conditions figurant au § 4100000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 sont remplies.				
Le choix du traitement a été fait à l'occasion de la concertation oncologique multidisciplinaire				
qui a eu lieu le பப/பப/பபபப				
et à laquelle ont entre autres participé :				
Nom	Numéro INAMI			
	1-⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔	, radiothérapeute		
	1-⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔	, oncologue médical		
	1	, chirurgien		
	1-uuu-uu-uuu	,radiologue		
Le traitement prévu est une administration unique de légère hyperthermie et en association avec le mel suivantes :				
Cet hôpital est un Centre spécialisé qui répond aux ex le titulaire de l'enregistrement (Boehringer Ingelheim I une copie du formulaire dont le modèle est repris à l'a	nternational) et l'EMEA pour une te	lle perfusion. Je joins au présent formulaire		

Annexe A: Modèle de formulaire de demande à remettre au pharmacien hospitalier :

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, et plus particulièrement une copie du rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire ainsi que les documents prouvant mon affectation à ce Centre spécialisé et mentionnant le nombre de patients avec un sarcome des tissus mous traités dans notre Centre spécialisé au cours des 12 derniers.

Je suis attaché depuis le பப / பப / பபப à ce Centre spécialisé, qui est expérimenté dans la prise en charge

pluridisciplinaire des sarcomes des tissus mous.

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

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:			
	(nom)	
	(prénom)	
1 - -	- [] (n° INAMI)		
/(da	ate)		
	(cachet)		(signature du médecin)