Annexe A: Modèle de formulaire destiné au pharmacien hospitalier

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité AVASTIN (§ 4910100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation

				ı	ı	l		ı	ı			ı	ı										,	1	п
				ı	ı	l		ı	ı			ı	ı										,	1	- 1
																							,	1	- 1

II - Eléments à attester par le gastro-entérologue possédant une compétence particulière en oncologie ou par le médecin spécialiste en oncologie clinique:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer colorectal métastasé et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4910100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Conditions relatives à l'état du patient à l'instauration du traitement par bevacizumab :

- le patient n'a pas recu 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;
- le statut de performance ECOG du patient est de 0 ou 1.

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration d'AVASTIN en association avec une des chimiothérapies citées ci-dessous:

(cochez la case appropriée):

Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du பப / பப / பபபப au cours de laquelle a été décidé le traitement par

□ AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF

ou

□ AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF

ou

□ AVASTIN / oxaliplatine / capécitabine.

J'atteste qu'il s'agit d'un patient

u qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF en première ligne à la posologie recommandée de 5 mg/kg administrée toutes les deux semaines

OU

u qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF en première ligne à la posologie recommandée de 5 mg/kg administrée toutes les deux semaines

OU

- u qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN/oxaliplatine/capécitabine en première ligne à la posologie recommandée de 7,5 mg/kg administrée une fois toutes les trois semaines
- ⊔ dont la masse tumorale ne présente pas de progression après les 6 semaines du traitement initial et chez qui le traitement par AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF ou AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF ou AVASTIN / oxaliplatine / capécitabine a été/sera poursuivi jusqu'à ce qu'une progression de la masse tumorale survienne.
- (Définition selon les critères RECIST d'une maladie en progression: augmentation de 20 % ou plus de la somme des plus grands diamètres de toutes les lésions de référence par rapport à la plus petite valeur de cette somme qui a pu être mise en évidence au cours du traitement, ou apparition d'une nouvelle lésion).

Je m'engage à faire exécuter régulièrement des contrôles par imagerie médicale et ce au moins toutes les 9 semaines.

Date de l'avant dernière imagerie : பப / பப / பபபப

Date de la dernière imagerie : uu / uu / uuuu

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

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 les éléments de l'imagerie médicale montrant les meilleurs résultats sous traitement et de la dernière imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression.

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 auqu			
Adresse:	•		
V - Identification du médecin-	spécialiste mentionné ci-des	sus au point II:	
	(ne	om)	
	(pi	rénom)	
1 - -	- [] (n° INAMI)		
/(c	date)		
	(cachet)		(signature du médecin)

IV - Identification du pharmacien de référence: