Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier Formulaire de demande de remboursement de la spécialité YONDELIS § 4960000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste en oncologie clinique:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de sarcome des tissus mous évolué, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4960000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:
Conditions relatives à l'état du patient à l'instauration du traitement par YONDELIS :
⊔ un traitement antérieur à base d'anthracyclines et d'ifosfamide a échoué
L'ifosfamide a été administré du பப / பப / பபபப au பப / பப / பபபப
Une antrhacycline (spécialité :) a été administrée du பப / பப / பபபப au பப / பப / பபபப
Ou
⊔ le patient ne peut pas recevoir des anthracyclines et/ou de l'ifosfamide sur base de la co-morbidité suivante : ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔
Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du பப / பப / பபப qui a marqué son accord avec le traitement par YONDELIS.
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 arrêter le traitement par YONDELIS en cas de constatation de progression de la maladie.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité YONDELIS.
III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
(nom)
(prénom)
_1
//

(signature du médecin)

(cachet)