ANNEXE A: modèle du formulaire de demande : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité TASIGNA (§ 4800000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)				
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):				
Il - Eléments à attester par le médecin-spécialiste reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique:				
Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification particulière en hématologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint  ⊔ d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif en phase chronique  ⊔ d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif en phase accélérée				
et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 4800000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:  - conditions relatives au diagnostic sur base de la présence d'u chromosome de Philadelphie (présence du gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gen) mise en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction);  - conditions relatives à la résistance ou intolérance à un traitement antérieur, qui comprenait l'imatinibmesilaat, dans le cas où il s'agit d'une leucémie chronique myéloide.				
En outre,				
(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité TASIGNA sur base des conditions du § 4800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous)				
En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient, j'atteste les éléments suivants :				
1.1 Eléments diagnostiques:				
⊔ présence du chromosome de Philadelphie (présence du gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gen) mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) ;				
1.2 Traitements antérieurs (avec date de départ et durée du traitement):				
1.3 Motivation de l'arrêt des traitements antérieurs:				
4.4 La patient na cara inmaia traité par Sar val en combinairen avec la Tapiras				
1.4 Le patient ne sera jamais traité par Sprycel en combinaison avec le Tasigna.				
2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification de l'hôpital de référence :  Je suis reconnu en tant que spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie selon l'Arrêté ministériel du 18.10.2002.				
Je suis attaché depuis le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ à l'hôpital mentionné ci-après.				
Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :				
3. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:  Nom et Prénom :  Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché:  7.10 - பபப - பப - பபப  Adresse :				

.....

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 également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité TASIGNA, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 4800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

- ⊔ il s'agit d'une première demande (\*) d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité avec la spécialité TASIGNA
- ⊔ il s'agit d'une demande de <u>prolongation de remboursement</u> pour la spécialité TASIGNA, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité TASIGNA sur base des conditions du § 4800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité TASIGNA doit être poursuivi ( je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement)

j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 6 mois avec la spécialité TASIGNA en tenant compte d'une posologie maximale de 2 x 400 mg par jour.

(\*) en annexe du présent formulaire, je joins le protocole de l'analyse cytogénétique et/ou de l'analyse PCR (Polymerase Chain Reaction), (uniquement pour une première demande d'autorisation, c'est à dire lorsque le bénéficiaire n'a encore jamais obtenu un remboursement de la spécialité TASIGNA sur base des conditions du § 4800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

III - Identification du médecin-s	pécialiste visé ci-dessus au	point II:	
		n)	
		nom)	
1 -	(n° INAMI)		
/(date	9)		
	(cachet)		(signature du médecin)