## ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité YERVOY (§ 6210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

## I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):

## II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale:

Je soussigné, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et a un indice de performance Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0 ou 1 et est atteint d'un mélanome avancé (non résécable ou métastatique) et présente un échec thérapeutique malgré l'administration d'un ou plusieurs traitement(s) systémique(s) oncologique(s) préalable(s) et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 6210000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Comme traitement(s) systémique(s) antérieur(s), le patient a déjà reçu (à compléter uniquement pour la première administration)
ער און אין בארטייט בעני qui a été administré du בייטיטיט מע בייטיטיט מע בייטיטיטיט מע בייטיטיטיט אין אין אין א
uuuuuuu uuuuuuuu qui a été administré du uu/uu/uuuu au uu/uu/uuuu
ער אוירים בארויים בארויים עובר qui a été administré du באילים au באריים מער באריים בא

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie de YERVOY de 3 mg/kg toutes les 3 semaines pour un maximum de 4 administrations de YERVOY par patient.

Il s'agit de
□ la 1 <sup>ère</sup> administration
□ la 2 <sup>ème</sup> administration – date de la 1 <sup>ère</sup> administration : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔
$\Box$ la 3 $^{\dot{e}^{me}}$ administration – date de la 2 $^{\dot{e}^{me}}$ administration : $\Box\Box\Box\Box\Box\Box\Box\Box\Box$
□ la 4 <sup>ème</sup> administration – date de la 3 <sup>ème</sup> administration : ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques, nature du/des traitement(s) administrés : chirurgie, radiothérapie, traitement systémique, autres ...).

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

## III - Identification du médecin-spécialiste en oncologie médicale mentionné ci-dessus au point II:

	(110111)	
	(prénom)	
1-0000-00-000	(N° INAMI)	
	(Date)	
	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)