Annexe A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité ZELBORAF (§6	3430000 du chapitre IV de
'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)	
- Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):	
I – Eléments à attester par le médecin spécialiste en oncologie médicale Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que chez le patient ne conditions figurant au point a) du §6430000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 sont remplies.	nentionné ci-dessus toutes
II – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de ZELBORAF: J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte qui présente un mélanome avancé (non résécable ou métastatiqu BRAFV600 comme démontré par un test validé, effectué dans un laboratoire expérimenté pouvant procédures d'analyse. Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation toutes les 8 semé évaluation appropriée par imagerie médicale (CT-Scan ou IRM).	garantir la validation des
Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du ⊔∟ son accord avec le traitement par ZELBORAF.	ביטעעעעע qui a marqué
J'atteste qu'il s'agit de la première période de 8 semaines qui a débuté le ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔⊔ après une év scan ou IRM. La prochaine évaluation clinique par CT-scan ou IRM sera effectuée au plus tard le ⊔⊔/⊔⊔ Ou J'atteste que ce patient a déjà reçu un traitement par ZELBORAF pour au moins une période de 8 sema évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par IRM, qui a été effectué le ⊔⊔/⊔⊔∪⊔⊔⊔ , a démont progressé et que le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. La prochaine évaluation clinique pa prévue au plus tard pour le ⊔⊔/⊔⊔⊔⊔⊔.	u/uuuu. nines et que la précédente tré que la maladie n'a pas
En outre, je m'engage à arrêter le traitement par ZELBORAF en cas de constatation de progression de traitement en cours ou d'effets secondaires donnant lieu à une toxicité inacceptable comme défini dar disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve de notamment un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection, refanatomopathologiques, le rapport du laboratoire démontrant la présence d'une mutation BRAFV600 d'imagerie médicale démontrant l'absence de progression de la maladie.	ns le RCP, et à tenir à la dans la situation attesté, ésultats des examens
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus , j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement ave <u>en monothérapie</u> avec une posologie de ⊔⊔⊔⊔ mg par jour (en tenant compte d'une posologie journalière ma	
V – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II: Nom :	
Prénom : Numéro INAMI : 1- ⊔⊔⊔⊔ - ⊔⊔⊔ Date :	
(cachet)	
(signature du médecir	۱)