

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité MOZOBIL (§ 5410000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en oncologie, hématologie médicale ou en oncologie médicale, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 5410000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

1. En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient, j'atteste les éléments suivants :

- a) le patient est atteint d'un lymphome ou d'un myélome multiple, nécessitant une transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
- b) le patient est dans la situation clinique suivante:

- Chez qui on n'est pas en mesure de mobiliser suffisamment de cellules souches (< 10-15 cellules CD34+ /µl sang) avec le G-CSF (à une dose 10 de µg/kg pendant au moins 4 jours), ou avec une chimiothérapie myélosuppressive suivie de G-CSF

- Chez qui on n'est pas en mesure de récolter suffisamment de cellules souches ( $< 2 \times 10^6$  cellules CD34+ /kg pour la transplantation de cellules souches) avec le G-CSF (à une dose 10 de  $\mu\text{g/kg}$  pendant au moins 4 jours), ou avec une chimiothérapie myélosuppressive suivie de G-CSF.

2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification du centre accrédité par l'EBMT:

Je suis reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en oncologie, hématologie médicale ou en oncologie médicale selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique.

Je suis attaché depuis le      /      /      au centre mentionné ci-après, qui est accrédité par l'EBMT :

Le nom et l'adresse exacte de ce centre sont les suivants :

.....

.....

.....

Le n° d'accréditation du centre est le suivant :

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.

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 6 mois avec la spécialité MOZOBIL.

**III - Identification du médecin-spécialiste porteur du titre professionnel particulier en oncologie, hématologie médicale ou en oncologie médicale visé au point II ci-dessus:**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

/  /  (date)

--

(cachet)

..... (signature du médecin)