

Formulaire destiné au médecin-conseil pour le remboursement de la spécialité AVASTIN pour le traitement de première ligne du stade FIGO IV d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif (§ 6830100 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'un cancer épithélial de l'ovaire, d'un cancer des trompes de Fallope ou d'un cancer péritonéal primitif de FIGO stade IV et qu'elle remplit toutes les conditions figurant au § 6830100 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- la patiente ne présente pas d'antécédent tromboembolique artériel (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artériovasculaire périphérique ou autre événement thromboembolique artériel) ;
- la patiente ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.

L'atteste qu'il s'agit d'une patiente chez qui un traitement par AVASTIN en première ligne sera débuté à la posologie maximale de 15 mg/kg de poids corporel administré toutes les 3 semaines en association avec carboplatine/paclitaxel pendant maximum 6 cycles et suivi d'une monothérapie pour une période de 15 mois maximum (soit une durée totale de maximum 22 cycles), ou jusqu'à progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, selon ce qui survient en premier.

Je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les 3 premières cures et après les 6 premières cures et ensuite tous les 3 mois et je m'engage à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation d'une progression de la maladie.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette patiente nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité AVASTIN.

| |
|--|
| |
|--|

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)