ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande standardisé pour les pharmaciens d'hôpitaux Formulaire de demande de remboursement de la spécialité AVASTIN (§ 4910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)					
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):					
Il - Eléments à attester par le gastro-entérologue possédant une compétence particulière en oncologie ou par le médecir spécialiste en oncologie clinique:					
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer colorectal métastasé et qu'il rempli toutes les conditions figurant au § 4910000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:					
Conditions relatives à l'état du patient à l'instauration du traitement par bevacizumab : - le patient n'a pas reçu de chimiothérapie pour une maladie métastatique et n'a jamais été traité par bevacizumab ; - le patient ne présente pas d'antécédent tromboembolique artériel (accident cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artériovasculaire périphérique ou autre événement thromboembolique artériel) ; - le patient ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.					
III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration d'AVASTIN en association avec une des chimiothérapies citées					
<u>ci-dessous :</u> <u>(cochez la case appropriée) :</u>					
Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du பப / பப / பபப au cours de laquelle a été décidé le traitement par					
□ AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF					
□ AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF ou					
□ AVASTIN / oxaliplatine / capécitabine.					
J'atteste qu'il s'agit d'un patient					
un qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF en première ligne à la posologie recommandée de 5 mg/kg administrée toutes les deux semaines					
OU					
ul qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF en première ligne à la posologie recommandée de 5 mg/kg administrée toutes les deux semaines					
OU					
ul qui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN/oxaliplatine/capécitabine en première ligne à la posologie recommandée de 7,5 mg/kg administrée une fois toutes les trois semaines					
dont la masse tumorale ne présente pas de progression après les 6 semaines du traitement initial et chez qui le traitement par AVASTIN / irinotecan / 5-FU/AF ou AVASTIN / oxaliplatine / 5-FU/AF ou AVASTIN / oxaliplatine / capécitabine a été/sera poursuivi jusqu'à ce qu'une progression de la masse tumorale survienne. (Définition selon les critères RECIST d'une maladie en progression: augmentation de 20 % ou plus de la somme des plus grands diamètres de toutes les lésions de référence par rapport à la plus petite valeur de cette somme qui a pu être mise en évidence au cours du traitement, ou apparition d'une nouvelle lésion).					
Je m'engage à faire exécuter régulièrement des contrôles par imagerie médicale et ce au moins toutes les 9 semaines.					
Date de l'avant dernière imagerie : பப / பப / பபபப					
Date de la dernière imagerie : பப / பப / பபபப					

Je m'engage à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation de progression de la maladie en dépit du traitement en cours.

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, et plus particulièrement les éléments de l'imagerie médicale montrant les meilleurs résultats sous traitement et de la dernière imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression.

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

IV - Identification du phar	macien de référ	ence :		
Nom :				
Adresse :		acien est lié : 7.10-ப ப ப-ப ப-ப ப เ		
		mentionné ci-dessus au point II:		
Prénom :				
Numéro INAMI : 1-⊔ ⊔ ⊔ L Date :				
	(cachet)		(signature du mé	edecin)