	ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien d'hôpital Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité AVASTIN pour le traitement d'un cancer de sein "triple négatif" métastasé (§ 5370000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)							
	I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):							
L								
	II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement et qui est agrée en oncologie médicale ou possède							
	une compétence particulière en oncologie:							
	Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du sein métastatique triple-négat (ER -, PR - et HER-2 -) et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5370000 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 doit avoir une tumeur qui, en immunohistochimie, présente moins de 1% de cellules réagissant pour la présence de récepteurs aux œstrogènes, moins de 1% de cellules réagissant pour la présence de récepteurs à la progestérone et un test de FISI négatif pour le récepteur HER2; - le patient ne présente pas d'antécédent thromboembolique artériel (accident cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artérielle 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/paclitaxel :							
	Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du <i>(date)</i> , au cours de laquelle a ét							

J'atteste qu'il s'agit d'un patient

décidé le traitement par AVASTIN/paclitaxel.

ui a reçu/recevra un traitement avec AVASTIN/paclitaxel en première ligne à la posologie recommandée de 10 mg/kg administrée toutes les deux semaines ou de 15 mg/kg administrés une fois toutes les 3 semaines.

Par période de traitement de 12 mois, le remboursement est limité à un maximum de 26 administrations à une posologie maximale de 10 mg/kg toutes les deux semaines ou limité à un maximum 17 administrations à une posologie maximale de 15 mg/kg toutes les trois semaines.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attesté.

Je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les trois premières cures et après, tous les 3 mois et à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation de progression de la maladie en dépit du traitement en cours.

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

IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

Nom:		 			
Prénom :					
Numéro INAMI : 1-⊔ ⊔ ⊔ ⊔ Date :					
	(cachet)	 	 	(signature du	médecin)