#### ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité LYSODREN (§ 4450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

### I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

## II – Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste

endocrinologue (ou) oncologue

expérimenté dans la prise en charge du carcinome corticosurrénalien, et attaché à un hôpital, certifie que toutes les conditions au § 4450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité LYSODREN chez ce patient sont toutes remplies, car :

- 1. Cette administration a été réalisée pour le traitement symptomatique du carcinome corticosurrénalien avancé fonctionnel (non opérable, métastatique ou récidivant) et l'hypersécrétion est biologiquement prouvée. Je fournirai une substitution adéquate d'insuffissance corticosurrénalienne qui va de pair avec un traitement par LYSODREN;
- 2. Je m'engage à respecter les dispositions relatives à la posologie maximum remboursable (6g par jour, utilisable uniquement dans les cas exceptionnels), ainsi qu'à la titration et aux adaptations de dosage tout au long de l'administration du traitement, telles qu'elles sont fixées au point b) du § 4450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, notamment en ce qui concerne la réalisation des dosages plasmatiques nécessaires;
- 3. Le traitement qui fait l'objet de la présente facturation est réalisé avec une posologie de

⊔⊔ comprimés à 500 mg par jour,

établie en tenant compte du dernier dosage plasmatique qui a été effectué en date du

- 4. Je m'engage à tenir compte du fait qu'en l'absence de bénéfice clinique au bout de 6 mois à la dose optimale, le traitement ne peut plus être remboursé :
- 5. Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés, ainsi que les éléments permettant de confirmer le respect des dispositions visées au point 2. ci-dessus, notamment les résultats des dosages plasmatiques qui auront été effectués :
- 6. Je m'engage à collaborer, en application du point f) du § 4450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, à l'enregistrement et la collecte des données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné ;
- 7. J'atteste que le traitement a été administré pour la première fois en date du uu / uu / uuu, et que deux conditionnements de 100 x 500 mg, utilisés pour l'initiation du traitement, ont été fournis gratuitement au bénéficiaire dont la signature figure, pour accusé de réception de ces deux conditionnements, sur :

le présent formulaire, au point IV. ci-dessous, car il s'agit ici de la première facturation ;

le formulaire utilisé pour la première facturation.

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

## III – Identification du médecin spécialiste endocrinologue ou oncologue, expérimenté dans la prise en charge du carcinome corticosurrénalien, et attaché à un hôpital (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

	(HOIH)	
	(prénom)	
1	(N° INAMI)	
	(Date)	
	(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)

# IV – UNIQUEMENT POUR LA PREMIERE FACTURATION DU TRAITEMENT : Attestation du patient pour la réception de deux conditionnements gratuits de 100 x 500mg :

Je soussigné, dont l'identité figure au point I ci-dessus, confirme avoir reçu gratuitement deux conditionnements de 100 comprimés à 500 mg de la spécialité LYSODREN, qui ont été utilisés pour initier mon traitement.

лп / пп / пппп (Date )		(SIGNATURE DU BENEFICIAIRE)
------------------------	--	-----------------------------