

ANNEXE A : Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5670100 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001

I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin responsable du traitement:

Je soussigné(e), médecin spécialiste, sollicite auprès du médecin conseil le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 5670100):
pour le traitement d'un cancer du sein hormono-dépendant au stade avancé / métastaté chez une patiente ménopausée (ménopause naturelle ou induite artificiellement)

1. ☐ Il s'agit d'une patiente qui présente une récurrence ou une progression d'un cancer du sein hormono-dépendant:
 - ☐ au cours d'un traitement par anti-oestrogènes (tamoxifène/torémifène) administré:
 - ☐ comme traitement adjuvant
 - ☐ comme traitement de première ligne d'un stade avancé ou métastatique
 - ☐ endéans les 12 mois qui suivent la fin d'un traitement adjuvant par un anti-oestrogène
2. ☐ Il s'agit d'une patiente qui présente, au cours d'un traitement par anti-oestrogènes, d'un cancer du sein au stade avancé ou métastatique hormono-dépendant au moins un des effets indésirables suivants:
 - ☐ thrombose veineuse profonde documentée;
 - ☐ thrombose cérébrovasculaire documentée;
 - ☐ anomalies de l'endomètre avec présence démontrée de cellules atypiques dans une biopsie de l'endomètre;
 - ☐ allergie documentée au tamoxifène ou au torémifène.
3. ☐ Il s'agit d'une patiente qui présente un risque accru de thrombose ou de problèmes endométriaux à savoir :
 - ☐ soit des antécédents documentés de thrombose veineuse profonde;
 - ☐ soit des antécédents documentés de thrombose cérébrovasculaire ou de thrombose artérielle;
 - ☐ soit qui présente une maladie thrombogène héréditaire démontrée ou un lupus anticoagulants persistant;
 - ☐ soit qui présente des antécédents d'anomalies endométriales avec la présence histologiquement démontrée de polypes endométriaux.
4. ☐ il s'agit d'une patiente qui a présenté, lors d'un traitement adjuvant par tamoxifène ou torémifène, au moins un des effets indésirables suivants:
 - ☐ thrombose veineuse profonde documentée;
 - ☐ thrombose cérébrovasculaire documentée;
 - ☐ anomalies de l'endomètre avec présence démontrée de cellules atypiques dans une biopsie de l'endomètre;
 - ☐ allergie documentée au tamoxifène / torémifène.

Je demande pour ma patiente le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une posologie maximale d'un comprimé de 1 mg par jour.

☐ Il s'agit d'une première période d'autorisation (maximum 12 mois).

☐ Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation (maximum 12 mois renouvelables).

Je m'engage à arrêter le traitement en cas de reprise de la progression de la maladie.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (nom)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (prénom)

1

 -

--	--	--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 (n° INAMI)

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 (date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MÉDECIN)