

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la délivrance de la spécialité KEPIVANCE § 4170000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001

[illegible]

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification professionnelle particulière en hématologie, certifie que patient mentionné ci-dessus est atteint d'une hémopathie maligne et doit recevoir une transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques précédée par le traitement myéloablatif suivant :

Du fait de ce traitement myéloablatif, j'estime nécessaire que ce patient reçoive un traitement par KEPIVANCE 6,25mg, à raison de 60 microgrammes/kg/jour, (avec un maximum de 6 administrations (1/jour) , dont maximum 3 avant le traitement myéloablatif et maximum 3 après celui-ci), afin de réduire l'incidence, la durée et la sévérité de la mucosite orale.

☐ avant / ☐ après le traitement myéloablatif.

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.

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

____/____/____ (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)