

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité PROLEUKIN (§ 1810000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Nom: _____

Prénom:

N° d'affiliation :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en oncologie médicale

certifie que les conditions figurant au point a) du § 1810000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité PROLEUKIN chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

J'atteste qu'il s'agit d'un patient atteint d'un adénocarcinome rénal (hypernéphrome) métastatique en cas d'échec ou de récurrence après traitement chirurgical à la condition que, à l'initiation du traitement par PROLEUKIN, le patient concerné ne présente pas simultanément plus d'un des trois facteurs de risque suivants:

- un score d'état général de l'ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ou de la WHO (World Health Organisation) supérieur ou égal à 1;
- un délai de moins de 24 mois entre le diagnostic initial de la tumeur primaire et la date de la constatation de l'échec ou de la récurrence après traitement chirurgical, motivant la réalisation du bilan en vue d'un éventuel traitement par PROLEUKIN;
- des localisations métastatiques dans plus de deux organes différents.

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation, toutes les 24 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation clinique notamment par un CT-scan ou par une autre imagerie médicale appropriée.

☐ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 24 semaines de traitement qui a débuté le / / .

☐ J'atteste que ce patient a déjà reçu une période de traitement de 24 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par une autre imagerie médicale appropriée, qui a été effectuée le / / , démontre que le traitement doit être poursuivi car la maladie n'a pas progressé et que patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le / / .

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par PROLEUKIN en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, en dépit du traitement en cours, et 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 PROLEUKIN.

Nom: _____

Prénom: _____

N° INAMI: 1- - -

Date: --

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)