

**Annexe A: Modèle de formulaire de demande:**

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité THYROGEN (§ 5570000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation.

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur:**

□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)  
□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)  
□□□□□□□□□□□□□□□□ (numéro d'affiliation)

**II - Conditions à attester par le médecin traitant:**

Je, soussigné médecin traitant, déclare que le patient précité a subi une thyroïdectomie totale à la date du □□ / □□ / □□□□ (jj/mm/aaaa) pour un carcinome folliculaire ou papillaire de la glande thyroïdienne. L'administration du THYROGEN chez mon patient sous traitement freinateur par des hormones thyroïdiennes est nécessaire, car il s'agit d'une fin

- ☐ 1. thérapeutique: dans le cadre d'une ablation du tissu thyroïdien résiduel au moyen d'iode-131, ce que je ne peux solliciter qu'une seule fois.  
et/ou
- ☐ 2. diagnostique: pour la préparation à la réalisation postopératoire du dosage sérique de la thyroglobuline associé ou non à un total body scanning par iode-131, chaque fois à compter à partir de la date d'opération:
- ☐ 2.1. une fois pendant la première année postopératoire en cas d'un taux sérique indétectable de la thyroglobuline sous traitement freinateur par des hormones thyroïdiennes ;  
ou
  - ☐ 2.2. par après, une fois par an, chez mon patient présentant un taux sérique détectable de la thyroglobuline sous stimulation par le THYROGEN ou mon patient présente des anticorps anti-thyroglobuline.

Le nombre de flacons administrés par épisode est de ..... (2 au maximum).

Si nécessaire, j'envoie au médecin conseil les pièces justificatives démontrant que mon patient remplit la situation attestée ci-dessus.

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

□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)  
□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)  
1-□□□□□□-□□-□□□□ (N° INAMI)  
□□ / □□ / □□□□ (Date)

(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)