

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité MABTHERA (§ 1770600 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné et certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 1770600 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Conditions concernant la situation du patient à l'instauration du traitement :

- stade Rai III/IV (stade Binet C),

ou

- ☐ stade Rai I/II (stade Binet A/B), si le patient présente des symptômes liés à la maladie (perte de poids, fatigue extrême, sueurs nocturnes ou fièvre), insuffisance progressive de la moelle, hépato-splénomégalie ou lymphadénopathie massive ou progressive, augmentation des lymphocytes sanguins périphériques de plus de 50 % sur une période de 2 mois ou un temps de redoublement anticipé de ces cellules de moins de 12 mois.

MABTHERA est administrée en association à une chimiothérapie qui contient de la fludarabine en première ligne.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats des examens en imagerie médicale, résultats des examens anatomo-pathologiques...) et je m'engage à arrêter le traitement si le patient a une réponse insuffisante (maladie stable ou progressive) après 3 cycles.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que l'état de ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité MABTHERA qui tiendra compte d'une posologie maximale de 375 mg/m² pour le 1^{er} cycle et 500mg/m² pour les cycles 2 jusqu'à cycle 6.

III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-□□□□□□-□□-□□□ (N° INAMI)

UU/UU/UUUU (Date)

(CACHET)

.....(SIGNATURE DU MEDECIN)