

Formulaire destiné au médecin-conseil pour le remboursement de la spécialité AVASTIN pour le traitement d'une première récidive d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, sensible aux sels de platine (§ 6830200 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte d'une première récurrence d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, sensible aux sels de platine, qu'elle n'a pas été préalablement traitée par du bevacizumab ou un autre inhibiteur du VEGF ou un autre agent ciblant le récepteur du VEGF et qu'elle remplit toutes les conditions figurant au § 6830200 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001;

- la patiente ne présente pas d'antécédent tromboembolique artériel (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance artériovasculaire périphérique ou autre événement thromboembolique artériel) ;
- la patiente ne présente pas d'hypertension non contrôlée par thérapie standard.

Je dispose du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) daté du ..../..../.... (date), au cours de laquelle le traitement par AVASTIN a été décidé.

J'atteste qu'il s'agit d'une patiente chez qui un traitement par AVASTIN en deuxième ligne à la posologie de 15 mg/kg de poids corporel administrée toutes les 3 semaines en association au carboplatine et à la gemcitabine pendant 6 cycles à 10 cycles maximum, suivis d'une monothérapie jusqu'à la progression de la maladie.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ma patiente se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les 3 premières cures et après les 6 premières cures et ensuite tous les 3 mois et je m'engage à arrêter le traitement par AVASTIN en cas de constatation d'une progression de la maladie.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette patiente nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité AVASTIN.

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro INAMI : 1-□ □ □ □ -□ □-□ □ □

Date : .....

--

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MÉDECIN)