ANNEXE A: modèle du formulaire de demande

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité VOTRIENT (§ 5800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

□ en urologie avec une compétence particulière en oncologie,

□ agréé en oncologie médicale

tard pour le uu/uu/uuu.

(ou)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie:

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 5800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité VOTRIENT chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:
III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de VOTRIENT (cochez les cases appropriées):
⊔ J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui présente un carcinome rénal à un stade avancé et/ou métastasé (stade IV) et qu'il
⊔ s'agit d'un traitement de première ligne
⊔ s'agit d'un patient ayant reçu précédemment un traitement à base de cytokines, ç.à.d(nature de ce traitement)
Je dispose dans mon dossier d'un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du பப/பப/பபப, au cours de laquelle a été décidé le traitement par VOTRIENT.
Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation, toutes les 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation clinique avec notamment une imagerie médicale par CT-scan ou par RMN.
U J'atteste qu'il s'agit de la première période de 12 semaines de traitement qui a débuté le பப/பப/பபப, avec une évaluation clinique par CT-scan ou par RMN qui a donc été/sera effectuée pour la première fois le பப/பப/பபப.
(ou)
☐ (mesure transitoire uniquement valable jusqu'à 6 mois après l'entrée en vigueur de cette règlementation) J'atteste qu'il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient déjà traité par une administration non-remboursée de VOTRIENT, dont la date de début du traitement non-remboursé était le ☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
□ J'atteste que ce patient a déjà reçu une période de traitement de 12 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par VOTRIENT 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, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins toutes les 12 semaines de traitement, et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

par CT-scan ou par RMN, qui a été effectuée le uu/uuuu, démontre que le traitement doit être poursuivi car le 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

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VOTRIENT pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique de uu mg/jour (posologie maximale est de 800 mg/jour).

IV – Identification du médecin s oncologie (nom, prénom, adresse,		ologie médicale ou	en urologie	avec une	compétence	particulière en
	(nom) (prénom) (N° INAMI) (SIG (Date)) SNATURE DU MEDEC	CIN)			

(CACHET)