Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier Formulaire de demande de remboursement de la spécialité YONDELIS (§ 5780000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste en oncologie clinique:
Je soussigné, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que la patiente mentionnée ci-dessus est atteinte de cancer des ovaires épithélial récidivant et qu'elle remplit toutes les conditions figurant au § 5780000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
Il s'agit d'une tumeur sensible au platine.
La récidive s'est manifestée après un traitement antérieur par le cisplatine ou le carboplatine dont la dernière administration eut lieu le பப / பப / பபபப.
L'intervalle entre la dernière administration de cisplatine ou du carboplatine et le début du traitement par Yondelis est de six mois au minimum et de douze mois au maximum.
Yondelis sera administré en association avec la doxorubicine liposomale pégylée.
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
Je m'engage à arrêter le traitement par YONDELIS en cas de constatation de progression de la maladie.
Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que cette patiente nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité YONDELIS.
III - Identification du médecin-spécialiste mentionné à point II ci-dessous:
(prénom)
1 - []
/

(signature du médecin)

(cachet)