

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité MABTHERA (§ 5550100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine,

- ☐ spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie
ou
☐ médecin spécialiste en oncologie médicale

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un lymphome non-hodgkinien avec expression CD-20 et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 5550100 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Il s'agit d'un

- 1) lymphome agressif diffus à grandes cellules B pour lequel le patient reçoit une chimiothérapie de type CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone). Le MABTHERA sera administré le premier jour du cycle pour un maximum de 8 cycles.

OU

- 2) lymphome folliculaire de stade III ou IV:

- ☐ 2). I. en association à une chimiothérapie d'induction comportant au minimum 2 cytostatiques. Le MABTHERA sera administré le premier jour du cycle pour un maximum de 8 cycles

ou

- 2) Il. en monothérapie

- ☐ 2) II. i. en cas de chimiorésistance à ou récédive après une chimiothérapie avec
Le MABTHERA sera administré en une fois par semaine pour un maximum de 4 administrations, renouvelables également pour un maximum de 4 administrations en cas de récédive après une réponse initiale.

OU

- 2) II. ii. dans le traitement d'entretien de patients non précédemment traités par une chimiothérapie répondant au traitement d'induction. Le MABTHERA sera administré une fois tous les 2 mois jusqu'à progression de la maladie, pour une période maximale de 2 ans.

OU

- 2)II. iii. dans le traitement d'entretien de patients en rechute ou réfractaires à une chimiothérapie préalable, répondant au traitement d'induction. Le MABTHERA sera administré une fois tous les 3 mois jusqu'à progression de la maladie, pour une période maximale de 2 ans.

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, test positif pour l'antigène CD20, nature du traitement administré antérieurement...) et je m'engage à arrêter le traitement en cas de progression de la maladie malgré le traitement.

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 par administration et par cycle.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (Nom)

_____ (prénom)

1-□□□□-□□-□□□ (N° INAMI)

_____/____/____ (Date)

(cachet)(signature du médecin)