| Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation en payant Formulaire de demande de remboursement de la spécialité GIOTRIF (§7050000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) | tiers |
|---|-------------|
| I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) : | |
| | |
| Il - Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie ayant une compétence particulière en oncologie ou médecin spécialiste en oncologie médicale : | <u>ı un</u> |
| Je, soussigné, ⊔ médecin spécialise en pneumologie ayant une compétence particulière en oncologie ou ⊔ médecin spécialiste en oncologie médicale certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer du poumon localement avancé ou métastasé non à petites cellules, la tumeur présente une mutation activatrice de l'EGFR-TK, démontrée par un Centre agréé de Génétique Humaine ou par un Centre a de Diagnostic Moléculaire, et n'a jamais reçu de traitement par un inhibiteur de l'EGFR-TK. | |
| III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de GIOTRIF : | |
| Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation tous les trois mois de traitement ou plus tôt si la situa clinique l'exige, d'une évaluation par imagerie médicale appropriée. | ation |
| u J'atteste qu'il s'agit de la première période de traitement de 6 mois qui a débuté le பப/பப/பபப | |
| Ou | |
| ப J'atteste que ce patient a déjà reçu au moins une période de traitement de 6 mois et que la précédente évaluation par imagmédicale, qui a été effectuée le பப/பபபப, démontre que la tumeur n'a pas progressé selon les critères RECIST. | jerie |
| Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient se trouve dans la situa attestée et plus particulièrement - le résultat de l'examen anatomopathologique, - le résultat du test de l'EGFR-TK activatrice effectué dans un Centre Agrée de Génétique Humaine ou dans un Centre agrée de Diagne Moléculaire, - et les résultats de l'imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression sous le traitement. | |
| Je m'engage à arrêter le traitement par GIOTRIF en cas de constatation de progression de la maladie sous le traitement par GIOTRIF. Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que la situation de ce patient nécessite le remboursement de la spécialité GIO en monothérapie à une posologie journalière maximale de 50 mg. | ΓRIF |
| IV - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II : | |
| | |
| | |
| 1 - [- [(n° INAMI) | |
| / | |
| | |
| (cachet) (signature du médecin) | |