

## Annexe A: Modèle du formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier:

Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier en tant que condition nécessaire préalable à la facturation de la spécialité Dacogen (§ 6740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

### I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):

..... (nom)  
..... (prénom)  
..... (numéro d'affiliation)

### II - Éléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne possédant une qualification professionnelle particulière en hématologie

Je soussigné(e), docteur en médecine, médecin spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie, sur la base de l'arrêté ministériel du 18/10/2002 fixant les critères spécifiques pour l'agrément des médecins spécialistes, titulaires du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique, certifie que toutes les conditions stipulées à l'alinéa a) du § 6740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de Dacogen chez ce patient ont été respectées.

### III – État du patient nécessitant actuellement l'administration de Dacogen

Je certifie qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 65 ans qui présente un diagnostic récent de leucémie myéloïde aiguë (LMA) de novo ou secondaire selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Je certifie que le patient n'est pas admissible à une chimiothérapie d'induction standard en raison d'une ou de plusieurs des raisons suivantes :

- ☐ Indice fonctionnel ECOG  $\geq 2$
- ☐ Présence d'une ou de plusieurs comorbidités significatives comme celles énumérées dans l'HCT-CI (*Hematopoietic cell transplantation- specific comorbidity index*)
- ☐ Présence de LMA secondaire
- ☐ Marqueurs cytogénétiques ou moléculaires défavorables

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage à arrêter le traitement en cas de progression de la maladie ou en cas de non-réponse après 4 cycles de traitement conformément aux dernières guidelines NCCN publiées relatives à la leucémie myéloïde aiguë.

Sur base des éléments susmentionnés, je certifie que ce patient nécessite le remboursement pour un traitement par la spécialité Dacogen, en tenant compte d'une posologie maximale de 20mg/m<sup>2</sup> de surface corporelle, administrée quotidiennement pendant 5 jours, suivie d'une période de repos d'au moins 21 jours (cycle de traitement de 28 jours) et d'une dose maximale totale par cycle de traitement de 100mg/m<sup>2</sup>. Le nombre maximum de cycles remboursables est limité à 13 par an.

### IV – Identification du médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence professionnelle particulière en hématologie:

..... (nom)  
..... (prénom)  
1-..... (N° INAMI)  
.. / .. / ..... (DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)