

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité MABTHERA (§ 1770500 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un lymphome folliculaire et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du §1770300 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- Condition relative au type histologique : lymphome folliculaire avec un test positif pour l'antigène CD20 ;
- Condition relative au stade : stade III-IV ;
- Condition relative à l'évolution antérieure de la maladie : en rechute ou réfractaire ;
- Condition relative à l'association à une chimiothérapie comportant au minimum 2 cytostatiques ;
- Condition relative à la réponse partielle ou complète ou la stabilisation du processus tumoral (dans le cas où le patient a déjà reçu 4 cycles de traitement).

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...) et je m'engage à arrêter le traitement si le processus tumoral n'a pas été au minimum stabilisé après 4 cycles de 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 cycle et d'un maximum de 8 cycles.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)
 UU/ UU/ UUUUU (Date)

(CACHET)

.....(SIGNATURE DU MEDECIN)