

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité ZELBORAF (§6430000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que chez le patient mentionné ci-dessus toutes les conditions figurant au point a) du §6430000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 sont remplies.

Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du 04/04/2022 qui a marqué son accord avec le traitement par ZELBORAF.

- En outre, je m'engage à arrêter le traitement par ZELBORAF en cas de constatation de progression de la maladie en dépit du traitement en cours ou d'effets secondaires donnant lieu à une toxicité inacceptable comme défini dans le RCP, et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection, résultats des examens anatomo-pathologiques, le rapport du laboratoire démontrant la présence d'une mutation BRAFV600 ainsi que les éléments d'imagerie médicale démontrant l'absence de progression de la maladie.

--

.....(signature du médecin)