

**ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier**

pour le remboursement de la spécialité ..... (§ 4710000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :**

.....

**II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique:**

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4710000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Conditions concernant la situation du patient à l'instauration du traitement :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui est atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B

☐ stade Rai III/IV (stade Binet C),

ou

☐ stade Rai I/II (stade Binet A/B), si le patient présente des symptômes liés à la maladie (perte de poids, fatigue extrême, sueurs nocturnes ou fièvre), insuffisance progressive de la moelle, hépato-splénomégalie ou lymphadénopathie massive ou progressive, augmentation des lymphocytes sanguins périphériques de plus de 50 % sur une période de 2 mois ou un temps de redoublement anticipé de ces cellules de moins de 12 mois,

ou

☐ qui n'a pas réagi au traitement avec au moins une thérapie standard comportant un agent alkylant ou dont la maladie a poursuivi son évolution après ce traitement.

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

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que la situation de ce patient nécessite le remboursement de la spécialité concernée.

**III – Identification du médecin spécialiste mentionné sous point II ci-dessus**

..... (nom)

..... (prénom)

1-..... (N° INAMI)

..../..../..... (Date)

(SIGNATURE DU MEDECIN)



(CACHET)

.....