

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité BUSILVEX (§ 4890000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine,

- ☐ spécialiste en hématologie avec une compétence particulière des traitements de conditionnement préalables à une greffe conventionnelle de cellules souches hématopoïétiques ;
- ☐ spécialiste en pédiatrie avec une compétence particulière des traitements de conditionnement préalables à une greffe conventionnelle de cellules souches hématopoïétiques ;

certifie que les conditions figurant au point a) du § 489000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité BUSILVEX chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la Situation attestée ci-dessous :

1. En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient préalablement à l'initiation d'un traitement de conditionnement à base de BUSILVEX, j'atteste les éléments suivants :

- 1.1. Pathologie initiale nécessitant une transplantation de cellules souches hématopoïétiques ;
- 1.2. L'âge du patient est actuellement inférieur à 18 ans ;
- 1.3. Le traitement par BUSILVEX sera suivi par du cyclophosphamide (BuCy) ou du melphalan (BuMel):

- BuCy
- BuMel

- 1.4. Le poids du patient est de : kg.

Tenant compte de la posologie recommandée pour BUSILVEX reprise dans le tableau ci-dessous, je certifie que pour ce patient, un traitement de 4 jours consécutifs nécessite

□□ flacons (en fonction de la catégorie de poids maximum 8 ou 16 flacons)

La posologie recommandée de Busilvex est la suivante:

Poids corporel (kg)	dose de Busilvex (mg/kg)
< 9	1.0
9 à <16	1.2
16 à 23	1.1
> 23 à 34	0.95
> 34	0.8

En conséquence, pour les 4 jours de traitement	Nombre de flacons maximum autorisés	Poids du patient	
	8 flacons	≤ 31,6 kg ou compris entre	[34 - 37,5kg]
	16 flacons	compris entre [31,6 - 34 kg]	Ou > 37,5 kg

2. Je m'engage 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 ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité BUSILVEX et je m'engage à respecter la posologie variant en fonction de 5 tranches de poids de 0,8 mg/kg à 1,2 mg/kg de busulfan en perfusion intraveineuse de 2 heures toutes les 6 heures pendant 4 jours consécutifs.

III - Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, N°INAMI):

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



(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)