

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité LEVACT (§ 5870000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions du § 5870000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

☐ d'une leucémie lymphatique chronique (Binet B ou C) pour laquelle il/elle n'a jamais été traité(e) par une chimiothérapie et qui n'entre pas en ligne de compte pour un traitement de combinaison à base de fludarabine et qui n'est pas traité(e) par du rituximab et qui est âgé(e) de plus de 18 ans

☐ d'un lymphome non-hodgkinien indolent qui est en progression durant ou endéans les 6 mois après un traitement par rituximab ou un schéma contenant du rituximab
et qui est traité(e) par LEVACT en monothérapie
et qui est âgé(e) de plus de 18 ans

☐ d'un myélome multiple (Durie-Salmon stade II en progression ou III) pour laquelle il/elle n'a jamais été traité(e) par une chimiothérapie
et qui n'entre pas en ligne de compte pour une transplantation de cellules souches
et chez qui une neuropathie clinique empêchant un traitement contenant du thalidomide ou du bortezomib a été démontrée lors du diagnostic
et qui est âgé(e) de plus de 65 ans.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que l'état de ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité LEVACT.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)