

Formulaire à conserver à la disposition du médecin conseil par le pharmacien hospitalier, complété préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 4660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, selon les modalités de ce paragraphe.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine,

ou

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4660000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ATRIANCE chez ce patient sont toutes remplies.

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui est atteint

ou

☐ d'un lymphome lymphoblastique à cellules T

et que, après au moins deux lignes de chimiothérapie, ce patient est

☐ non répondeur

ou

□ en rechute.

J'atteste que cette progression ou cette rechute de l'affection a été démontrée après au moins deux lignes de chimiothérapie considérées comme adéquates dans cette pathologie selon les recommandations et les experts nationaux et internationaux, et qui sont les suivantes :

1)

administrés du 00/00/0000 au 00/00/0000.

et

2)

administrés du 00/00/0000 au 00/00/0000,

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par ATRIANCE en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, en dépit du traitement en cours.

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, notamment les protocoles d'analyse et de laboratoire, ainsi que le rapport d'évolution qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ATRIANCE en tenant compte d'une posologie maximale

☐ 1500 mg/m² les 1^{er}, 3^{ème} et 5^{ème} jours et ce, tous les 21 jours, chez l'adulte

□ 650 mg/m² pendant 5 jours consécutifs et ce, tous les 21 jours, chez l'enfant .

IV- Identification du médecin spécialiste en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie selon l'Arrêté Ministériel du 18.10.2002 ou du médecin spécialiste porteur de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatrique selon l'Arrêté Ministériel du 14.05.2007 (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)

(prénom)

(N° INAMI)

(Date)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)