

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité INLYTA (§ 6700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 6700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité INLYTA chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

Version valable à partir du 01.10.2013

bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le / / .

☐ (mesure de transition valable pendant 6 mois à partir de l'entrée en vigueur du présent paragraphe)
Je certifie que le patient est déjà traité depuis au moins 12 semaines avec Inlyta dans un Medical Need Program (MNP) pour le traitement de 2ème ligne du carcinome rénal avancé (stade IV) chez qui un premier traitement en première ligne avec un inhibiteur de la tyrosine kinase ou une cytokine a échoué et l'évaluation clinique, par scanner ou une par IRM, a été réalisée le / / (maximum 12 semaines après l'évaluation précédente) et montre que le traitement doit être poursuivi vu le fait que le patient a démontré un bénéfice clinique. Vu le fait que le traitement doit être poursuivi, la prochaine évaluation clinique est prévue au plus tard le / / (maximum 12 semaines après l'évaluation précédente).

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par INLYTA en cas de constatation de progression de l'affection, en dépit du traitement en cours, et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins toutes les 12 semaines de traitement, et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité INLYTA tenant compte d'une posologie de maximum 5 mg deux fois par jour jusqu'à la prochaine évaluation par scanner ou par IRM (maximum 12 semaines).

IV– Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)