

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité TARCEVA (§ 3730100 ou 3730200 du chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001)

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules localement avancé ou métastatique après échec d'au moins une ligne de chimiothérapie et dont la tumeur exprime l'EGFR (epidermal growth factor receptor), ce qui doit être attesté par la présence d'au moins 10 % de cellules réactives lors d'un test immunohistochimique (§ 3730100).

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules localement avancé ou métastatique et ne présente plus de signes de progression après 4 cycles d'une première ligne de chimiothérapie standard à base de sels de platine et dont l'analyse génétique des cellules tumorales met en évidence une mutation activante du gène codant pour l'EGFR (§ 3730200).

III.1. Première demande

J'atteste qu'il s'agit d'un patient

- ☐ chez qui un traitement avec TARCEVA en monothérapie va être instauré après échec d'au moins un traitement par chimiothérapie (§ 3730100);
- ☐ chez qui un traitement en maintenance avec TARCEVA en monothérapie va être instauré (§ 3730200).

III.2. Prolongation

- ☐ J'atteste qu'il s'agit d'un patient chez qui une prolongation du traitement est nécessaire.

Le remboursement est limité à une période de maximum 6 mois et peut être renouvelé pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum.

S'il s'agit d'un patient pour lequel un traitement de maintenance est demandé (§ 3730200), je m'engage à faire un CT-scan ou une IRM après les premières 8 semaines et après, toutes les 12 semaines et à arrêter le traitement par TARCEVA en cas de constatation de progression de la maladie en dépit du traitement en cours.

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 TARCEVA.

IV – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)
 UU / UU / UU UU (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)