

Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité SAVENE (§ 4320000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).

\_\_\_\_\_

L'administration d'anthracycline était motivée par le diagnostic précis suivant :

L'extravasation a eu lieu le / / , au niveau suivant :

Il s'agit de l'anthracycline suivante :

....., dont la dose administrée était de ..... mg.

Mode d'administration de l'anthracycline : .....

Je sais que le traitement par SAVENE n'est remboursable qu'une seule fois par bénéficiaire.

En outre, 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 SAVENE.

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

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

1 - - - - - (n° INAMI)

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

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)