Annexe A: Modèle de formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier Formulaire de demande de remboursement de la spécialité MABCAMPATH § 2480000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de leucémie lymphoïde chronique, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 2480000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:
Conditions relatives à l'état du patient à l'instauration du traitement par MABCAMPATH :
☐ Il s'agit d'un patient atteint de leucémie lymphoïde chronique chez qui
une thérapie standard comportant un agent alkylant (spécialité) a été administré du பப / பப /
et qui n'a pas manifesté de réponse complète ou partielle au phosphate de fludarabine, qui a été administré du
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ au ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ , ou chez qui un traitement de ce type a produit une rémission de moins de 6 mois.
Ou
□ Il s'agit d'un patient atteint de leucémie lymphoïde chronique chez qui, sur base des directives internationales, un traitement est nécessaire et chez qui la présence d'une délétion 17p a été démontrée par un test de Fluorescence d'Hybridation In Situ (Fluorescence In Situ Hybridisation). Dans ce cas-ci, je dispose dans mon dossier du rapport du laboratoire qui a effectué le test de Fluorescence d'Hybridation In Situ.
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 MABCAMPATH.
III - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:
1 - (n° INAMI)
/(date)

(cachet)

(signature du médecin)