		<u>u bei</u>	1é	icia	ire	(n	on	1, p	ré	noı	m.	, nu	m	éro	d	'a	ffili	at	ion	<u>):</u>																							
1111]						Ш]	L																		
II - Eléments	à att	ester	pa	ar u	n r	néc	le	cin	sp	éci	ial	liste	a	ıtta	<u>ch</u>	é	à u	n	cei	ntr	e c	l'h	ém	at	ol	ogi	<u>ie</u>																
Je soussigné certifie que le chronique et d	pati	ent m	ner	ntion	né	ci-	de	SSL	ıs	est	â	igé	de	18	3 a	ans	s o	u	plus	s	et e	st	at	tei	nt	ďu	in	pu	rpı	ura	ı th	nrc	mt	000	cyto	pe	éniq	hé ue	ma au	tol uto	ogie -im	e cl mui	linique n (PT
- Conditions											tio	n p	réa	alak	ole	d	l'au	m	noin	ıs	une	e p	éri	od	le	de	re	mb	οι	ırs	em	ner	nt c	le	la s	spe	écia	lite	Ř R	E۱	/OL	AD	E, et
ou																																											
- Conditions (romiplostii																						; l	ıne	; p	рé	rioc	le	de	r	en	nbo	oui	se	me	ent	d	e la	1 5	spé	cia	alité	NF	PLATI
En outre : 1. je m'enga être dém	ontré - s	e che oit pa	z I ar ar	e bé une un d	né au lou	fici gm ble	air en	e co tati	on or	cer du	né ta	e. La aux	a r de	épc e pla	ns aqı	se ue	au ettes	tra s ≥	aite ≥ 30	m)x′	ent 10°	es L	t d	oc	ur	ner	nté	e :															pas p oratio
2. En ce qui c Je suis rec ayant 598	onnu	en ta	nt	que	m	éde	eci	n s	эé	cial	is	te e																		on	ne	l p	art	icu	ılier	e	n he	ém	atc	olo	gie	clin	ique e
Je suis att purpura thi Le nom et	romb	cyto	рé	niqu	es	au	0-	imr	ทบ	n (F	PΤ	T):				les	s sı	ιiν	ant	s:			-														: de				nts a	atte	ints d
Et je joins concernée service au	, et r	nenti	oni	nant	le	nc	m	bre																																			
Identification Nom et pré		:					-																																				
	IAMI (de l'h		ital a																												• • •		• • •		• • •		•••		•••			

attestée.

Je sais que la dose maximale remboursable est limitée à 75 mg par jour.

Je sais que le remboursement simultané de la spécialité avec une spécialité du groupe de remboursement A-95 n'est jamais autorisé.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

⊔ il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement de la spécialité REVOLADE, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité REVOLADE sur base des conditions du § 5700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité REVOLADE doit être poursuivi (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement et l'évolution du taux des plaquettes(avec protocole d'analyse),

(ou)

⊔ il s'agit d'une <u>première demande</u> d'autorisation de remboursement visant un patient qui a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité NPLATE (romiplostim) sur base des dispositions du § 5200000, et chez lequel j'ai constaté une réponse plaquettaire insuffisante avec ce traitement, démontrée par un taux de plaquettes ≤ 30 x 10⁹/L persistant et/ou des signes hémorragiques après 16 semaines de traitement par romiplostim, dont les 4 dernières semaines à la dose maximale de 10 μg/kg/semaine (Je joins un rapport médical détaillé décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection sous NPLATE, y compris les résultats biologiques, ainsi qu'une description de la résistance au romiplostim en mentionnant les accidents hémorragiques éventuels, ainsi que la chronologie des doses de romiplostim utilisées, en regard de l'évolution du taux des plaquettes. Je joins également les <u>protocoles</u> des analyses réalisées pendant au moins les 4 derniers mois du traitement par NPLATE).

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité REVOLADE avec une posologie maximale de 75 mg par jour.

III - Identification du médecin	-spécialiste en hématologie vi	sé au point II ci-dessus:	
	(non	n)	
		nom)	
1 - -	-		
/(da	ate)		
	(cachet)		(signature du médecin)