

ANNEXE A : Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité ARIMIDEX (§ 3170200 et § 3170300 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin responsable du traitement:

Je soussigné(e), docteur en médecine, sollicite auprès du médecin conseil le remboursement de la spécialité ARIMIDEX 1 mg comprimés pour le traitement adjuvant du cancer du sein invasif hormono-dépendant diagnostiqué à un stade précoce chez une femme ménopausée

☐ chez la femme ménopausée nouvellement diagnostiquée (càd qui n'a pas encore reçu d'hormonothérapie pour cette affection) et qui présente en outre une des conditions suivantes:

☐ La tumeur possède au moins une des caractéristiques suivantes :

- ☐ soit un envahissement ganglionnaire et/ou des vaisseaux lymphatiques;
- ☐ soit une tumeur > 2 cm;
- ☐ soit une différenciation histologique de grade 3;
- ☐ soit une tumeur présentant une amplification gène du récepteur HER2 démontrée par un test FISH positif;
- ☐ soit possède des récepteurs aux œstrogènes mais pas à la progestérone.

☐ La patiente présente un risque accru de thrombose veineuse ou de problèmes endométriaux à savoir, des antécédents documentés de thrombose veineuse profonde, de thrombose cérébrovasculaire ou de thrombose artérielle, ou qui présente une maladie thrombogène héréditaire démontrée ou un lupus anticoagulans persistant ou enfin les patientes qui présentent des antécédents d'anomalies endométriales avec la présence histologiquement démontrée de polypes endométriaux.

☐ chez la femme ménopausée, qui a suivi un traitement initial adjuvant par tamoxifène pendant 2 à 3 ans et pour laquelle la tumeur possède au moins une des caractéristiques suivantes:

- ☐ soit un envahissement ganglionnaire et/ou des vaisseaux lymphatiques ;
- ☐ soit une tumeur > 2 cm ;
- ☐ soit une différenciation histologique de grade 3 ;
- ☐ soit une tumeur présentant une amplification gène du récepteur HER2 démontrée par un test FISH positif.

J'atteste que la thérapie adjuvante au tamoxifène n'a pas été arrêtée depuis plus d'un mois au moment de l'introduction de cette demande de remboursement.

☐ chez la femme ménopausée, qui a présenté, sous traitement par tamoxifène, au moins un des effets indésirables suivants:

- ☐ thrombose veineuse profonde documentée;
- ☐ thrombose cérébrovasculaire documentée;
- ☐ anomalies de l'endomètre avec présence, démontrée de cellules atypiques dans une biopsie de l'endomètre;
- ☐ allergie documentée au tamoxifène.

J'atteste que la thérapie adjuvante au tamoxifène n'a pas été arrêtée depuis plus d'un mois au moment de l'introduction de cette demande de remboursement.

☐ première demande

Je demande l'autorisation du remboursement
d'un petit conditionnement de 28 x 1 mg ARIMIDEX
et

de ☐ (maximum quatre) grands conditionnements de 84 x 1 mg ARIMIDEX

Le nombre maximal de conditionnements remboursables, en tenant compte d'une posologie maximale de un comprimé à 1 mg par jour, correspond à 364 jours de traitement.

II - demande de prolongation du remboursement de ARIMIDEX

Je demande l'autorisation du remboursement de

☐ (maximum quatre) grands conditionnements de 84 x 1mg ARIMIDEX

ou

☐ (maximum cinq) grands conditionnements de 84 x 1mg ARIMIDEX et un petit conditionnement de 28 x 1 mg ARIMIDEX vu que ma patiente se trouve dans sa quatrième année de traitement adjuvant avec ARIMIDEX.

J'atteste que la durée totale de la thérapie adjuvante (tamoxifène suivi de ARIMIDEX) ne dépassera pas 5 ans.

Date à laquelle le traitement au tamoxifène a été initié: / / .

Le nombre maximal de conditionnements remboursables tient compte d'une posologie maximale de un comprimé à 1 mg par jour.

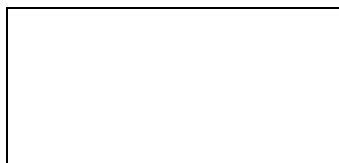
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)