

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de trastuzumab sous-cutané prescrite pour le traitement d'un cancer du sein surexprimant HER2, **métastatique** (§160108 du chapitre VIII de l'A.R. du 1 février 2018) **ou en situation adjuvante** (§160208 du chapitre VIII de l'A.R. du 1 février 2018)

(nom)
 (prénom)
 (numéro d'affiliation)

certifie que les conditions figurant au § 160108 ou au § 160208 du chapitre VIII de l'A.R. du 1 février 2018 pour le remboursement de l'administration de trastuzumab sous-cutané chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

Version valable à partir du 01.07.2019

- soit*

- soit*

- en association avec le docétaxel, chez les patients non prétraités par chimiothérapie pour leur maladie métastatique pour autant que les conditions de remboursement du docétaxel soient remplies.

