ANNEXE A: modèle de formulaire de demande à remplir par le médecin spécialiste traitant et destiné au pharmacien hospitalier

Formulaire de demande comme condition indispensable à la facturation de la spécialité à base d'everolimus (§ 6360000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018) par le pharmacien hospitalier.

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste traitant:

Je soussigné médecin spécialiste

⊔ en oncologie médicale

ou

⊔ en gastro-entérologie avec une compétence particulière en oncologie

déclare que toutes les conditions requises sous le point a) et point b) du § 6360000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018 sont remplies pour le remboursement de la specialité à base d'everolimus, car l'administration se fait pour la situation attestée sous le point III ci-dessous:

III – Situation du patient pour qui l'administration de l'everolimus est actuellement nécessaire (les cases sont à compléter):

J'atteste qu'il s'agit d'un patient

⊔ qui présente une tumeur neuroendocrine du pancréas bien différenciée, non résécable ou métastasée et dont la maladie progresse.

Je dispose dans mon dossier un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du __/__/____ au cours de laquelle le traitement par l'everolimus a été approuvé.

ou

⊔ qui a été traité par l'everolimus non remboursable pendant au moins 3 mois, dans le cadre d'une étude clinique et qui au moment du début de son traitement à tous les critères du point a) du § 6360000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018. Le traitement a mené à un bénéfice clinique pour le patient concerné.

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation tous les 4 mois ou plus tôt, d'un bilan clinique et biochimique, ainsi qu'une imagerie médicale par CT-scan ou IRM-scan.

⊔ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 4 mois qui a débuté le __/__/____ avec un bilan clinique et biochimique ainsi que d'un CT-scan ou IRM-scan qui a donc été effectué pour la première fois le __/__/____.

⊔ J'atteste que ce patient a déjà reçu au moins une période de 4 mois, et que le bilan clinique et biochimique précédent ainsi que le dernier CT-scan ou IRM-scan effectué le __/__/____, démontrent que le traitement doit être poursuivi sur base de l'absence d'une progression tumorale. Du fait de la poursuite du traitement, le prochain bilan est donc prévu au plus tard pour le __/__/____ (=4 mois plus tard).

En outre, je m'engage à

⊔ arrêter le traitement par l'everolimus en cas de constatation de progression de l'affection par rapport à l'évaluation précédente, en dépit du traitement en cours;

- ⊔ tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins tous les 4 mois contenant un bilan clinique et biochimique ainsi que le protocole dune imagerie médicale) et le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) qui donne son accord pour le traitement avec l'everolimus.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'everolimus pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique de 10 mg par jour au maximum.

IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en gastro-entérologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, numéro INAMI):

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)