



poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

En plus, je m'engage à arrêter le traitement lorsque mon patient progresse malgré le traitement.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que mon patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité AFINITOR en tenant compte d'une posologie journalière maximale de 10 mg.

**IV - Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale, ou en gastroentérologie ayant une compétence particulière en oncologie ou en pneumologie ayant une compétence particulière en oncologie mentionné ci-dessus au point II :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_  
(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)