

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de brentuximab vedotin (§10300000 du chapitre IV de l'A.R du 01 février 2018).

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

I – Eléments à attester par le médecin-spécialiste en dermatologie ou par le médecin spécialiste en médecine interne, possédant la qualification particulière en hématologie clinique:

Je soussigné, médecin-spécialiste en dermatologie ayant de l'expérience dans le traitement du LTC ou par un médecin spécialiste en médecine interne, possédant la qualification particulière en hématologie clinique ou oncologie médicale certifie que le patient susmentionné, âgé de 18 ans ou plus, est atteint d'un

- mycosis fungoïde (MF) CD30 positif, ou d'un
 lymphome cutané primaire à grandes cellules anaplasiques (pcALCL) CD30 positif
et que le patient
 a reçu au moins deux lignes préalables de traitement systémique incluant l'interféron, le baraxotene, le methotrexate ou une combinaison de ces traitements, spécifiant pour le dernier traitement systémique
:
- Substance(s) active(s) impliquée(s) dans le traitement systémique :
.....
.....
- Date du début du traitement : uu / uu / uuuuu
- Date de la fin du traitement : uu / uu / uuuuu
- Raisons qui ont conduit à l'arrêt du traitement :
.....
.....
- n'est pas éligible pour un traitement systémique différent d'ADCETRIS en raison d'une intolérance établie et documentée, spécifiant la ou les raison(s) :
.....

et qu'il remplit toutes les conditions du point a) du § 10300000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018.

En annexe, je joins un rapport médical mentionnant les éléments permettant de poser le diagnostic et décrivant chronologiquement l'évolution ancienne et récente de l'affection (résultats de laboratoire, nature du(des) traitement(s)).

Je dispose dans mon dossier médical du rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) datée du uu / uu / uuuuu qui a marqué son accord pour le traitement par la spécialité concernée.

Je m'engage à mettre à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant que le patient se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage à effectuer une évaluation de la situation clinique du patient après chaque traitement de 4 cycles avec à chaque fois un examen complet de la peau par un médecin spécialiste en dermatologie expérimenté dans le traitement du LTC et de l'imagerie radiologique.

Je m'engage à arrêter le traitement avec la spécialité concernée en cas d'échec de la thérapie, de progression de la maladie ou d'intolérance tel que décrit dans le Résumé des Caractéristiques du produit (RCP).

Je m'engage également, si mon patient a reçu le remboursement de la spécialité concernée, à communiquer au Collège des médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les

données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, selon les modalités fixées par le Ministre telles que décrites au point g) du § 10300000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018.

Sur base des éléments susmentionnés, je confirme que ce patient doit recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité concernée, en tenant compte d'une posologie maximale de 1,8 mg/kg par 3 semaines. Le nombre maximal de cycles remboursables est limité à 16 par traitement.

II – En ce qui concerne ma pratique et l'identification de l'hôpital concerné:

Je suis reconnu en tant que médecin spécialiste en dermatologie ou en médecine interne possédant la qualification particulière en hématologie clinique ou oncologie médicale.

Je suis attaché depuis le 11 / 11 / 2011 à l'hôpital mentionné ci-dessous.

Le nom et l'adresse complète de ce service hospitalier sont les suivants:

.....
.....
.....
.....

III – Identification du pharmacien hospitalier attaché à cet hôpital:

Nom et Prénom :

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - 1111-11-1111

Adresse:

.....
.....

V – Identification du médecin spécialiste visé au point II ci-dessus

_____ (nom)

_____ (prénom)

11 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

_____ / _____ / _____ (date)

(cachet) (signature du médecin)

