

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).

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

Je soussigné, médecin-spécialiste en 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

- Version valable à partir de 01.05.2020

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 / / 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 - --

Adresse:.....
.....
.....

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

(nom)

(prénom)

- - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet) (signature du médecin)