

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de brentuximab vedotin (§12030000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01 février 2018).

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin-spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie clinique ou oncologie médicale certifie :

☐ d'un lymphome hodgkinien (LH) positif au CD30 de stade IV non traité auparavant

☐ d'un lymphome systémique anaplasique à grandes cellules (sALCL) non traité auparavant et

☐ ALK-positif avec IPI > of = 2

☐ ALK-négatif

- ☐ la doxorubicine, la vinblastine et la dacarbazine (AVD) pour un LH
- ☐ le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone (CHP) pour un sALCL

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)).

- avec un LH: après 2 cycles de traitement
- avec sALCL: après 3 cycles de traitement

Je m'engage également, si le bénéficiaire 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 bénéficiaire concerné, selon les modalités fixées par le Ministre telles que décrites au point g) du § 12030000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR. du 01 février 2018.

- Pour le traitement combiné d'un LH, d'une posologie maximale de 1,2 mg/kg, une fois toutes les 2 semaines. Le nombre de cycles remboursables est limité à 6.
- Pour le traitement combiné d'un sALCL, d'une posologie maximale de 1,8 mg/kg, une fois toutes les 3 semaines. Le nombre maximal de cycles remboursables est limité 8.

Je suis reconnu en tant que spécialiste en médecine interne possédant une qualification professionnelle particulière en hématologie clinique selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale ou en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie médicale ou hématologie clinique.

.....

.....

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

(cachet)

..... (signature du médecin )

