ANNEXE A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier:
Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité NEXAVAR (§ 4770000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale ou un gastroentérologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie:

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

|__| en oncologie médicale

(ou)

|__| en gastroentérologie avec une qualification particulière en oncologie,

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4770000 du chapitre IV de l'A.R.
du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité NEXAVAR chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous:

III - Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de NEXAVAR (cochez les cases appropriées):

J'atteste qu'il s'agit d'un patient souffrant d'un carcinome hépatocellulaire avancé, présentant une fonction hépatique de grade A selon l'index Child-Pugh, et que le diagnostic de carcinome hépatocellulaire a été établi au moyen d'imagerie médicale (RMN ou CT-scan dynamique au contraste, analysée sur plusieurs phases (imagerie effectuée le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|) ou d'une biopsie (biopsie effectuée le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|).

En absence de cirrhose ou d'hépatite B, ou en cas de doute, une biopsie reste nécessaire pour le diagnostic de CHC.

Je dispose dans mon dossier d'un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (date), au cours de laquelle a été décidé le traitement par NEXAVAR.

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation, toutes les 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation clinique avec notamment une imagerie médicale par CT-scan, par RMN ou échographie, par des tests biochimiques qui démontrent une affection CHC stable et/ou non progressive.

|__| J'atteste qu'il s'agit de la première période de 12 semaines de traitement qui a débuté le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|, avec une évaluation clinique par CT-scan ou par RMN qui a donc été/sera effectuée pour la première fois le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité NEXAVAR pour le traitement actuellement en cours, à la posologie de 400 mg 2 fois par jour, soit un maximum de 4 comprimés par jour, ce qui correspond à un maximum de 3 conditionnements de 112 x 200 mg par période de 12 semaines de traitement.

|__| J'atteste que ce patient a déjà reçu une ou plusieurs période(s) de traitement de 12 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan, échographie ou RMN, qui a été effectuée le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|, démontre que le traitement doit être poursuivi car le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|.

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par NEXAVAR en cas de constatation de progression de l'affection en dépit du traitement en cours, et à 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 toutes les 12 semaines de traitement, et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialite NEXAVAR pour le traitement actuellement en cours, à la posologie de 400 mg 2 fois par jour, soit un maximum de 4 comprimés par jour, ce qui correspond à un maximum de 3 conditionnements de 112 x 200 mg par période de 12 semaines de traitement.

IV - Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou du gastroentérologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

|1| - |__|__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|__| (nr. INAMI)

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (date)

(cachet)

....

(signature du médecin)