

## MODÈLE DU FORMULAIRE DE DEMANDE DESTINÉ AU PHARMACIEN HOSPITALIER: FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LA SPÉCIALITÉ XAGRID (§ 3450000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

### I. IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Nom.....

Prénom.....

N° d'affiliation chez l'O.A. ....

VIGNETTE DE LA MUTUALITÉ

### II. ÉLÉMENTS À ATTESTER PAR LE MÉDECIN-SPÉCIALISTE ATTACHÉ À UN CENTRE D'HÉMATOLOGIE:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une thrombocytémie essentielle et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) et b) du § 3450000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives au diagnostic, le nombre des thrombocytes et confirmation de la présence d'une mutation de type JAK-2 et/ou l'absence du chromosome Philadelphia et/ou l'absence d'un réarrangement BCR-ABL
- Conditions relatives au fait que le patient se trouve dans une situation d'intolérance et de résistance à l'hydroxycarbamide;
- Conditions relatives à la présence d'au moins une des conditions suivantes:
  - un nombre de thrombocytes > 1000 x 10<sup>9</sup>/l;
  - un antécédent documenté de thrombohémorragie;
  - bénéficiaire qui a plus de 60 ans

En outre,

**(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité XAGRID sur base des conditions du § 3450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point III.2 ci-dessous)**

En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient, j'atteste les éléments suivants:

**a) qu'il s'agit du diagnostic suivant: une thrombocytose suite à une thrombocytémie essentielle chez un patient intolérant et/ou résistant à un traitement à l'hydroxycarbamide et pour lequel l'absence du chromosome Philadelphia et/ou l'absence d'un réarrangement BCR-ABL et/ou la présence d'une mutation de type JAK-2 a été confirmée et que le patient présente:**

- un résultat positif à l'analyse de nombre de thrombocytes avec une valeur de.....en date du     /     /
- un résultat négatif à l'analyse du chromosome de Philadelphia
- un résultat positif de la mutation JAK-2
- absence d'un réarrangement BCR-ABL

**b) qu'il s'agit d'un patient dans la situation clinique suivante:**

- le patient a présenté une thrombocytose contrôlée au moins une fois > 1000 x 10<sup>9</sup>/l dans le passé
- OU**
- le patient a présenté une thrombocytose > 450 x 10<sup>9</sup>/l avec un antécédent documenté de thrombohémorragie. Le type de thrombohémorragie survenu est le suivant: ..... survenu en date du     /     /
- OU**
- le patient a plus de 60 ans

c) que l'intolérance et/ou la résistance au traitement à l'hydroxycarbamide est considérée comme établie suite à la présence d'un des critères suivants:

une thrombocytose > 600 x 10<sup>9</sup>/l après 3 mois d'hydroxycarbamide à une dose d'au moins 2 g/jour (2,5 g pour un poids corporel > 80 kg);

**OU**

une thrombocytose > 400 x 10<sup>9</sup>/l et globules blancs < 2500 quelque soit la dose d'hydroxycarbamide;

**OU**

une thrombocytose > 400 x 10<sup>9</sup>/l et hémoglobine < 10 g/dl quelque soit la dose d'hydroxycarbamide;

**OU**

la présence d'ulcères de jambes quelque soit la dose d'hydroxycarbamide;

**OU**

la présence d'une manifestation mucocutanée inacceptable quelque soit la dose d'hydroxycarbamide.

La réaction présentée est la suivante : .....

**OU**

la présence de fièvre liée à l'administration d'hydroxycarbamide.

Je dispose de tous les éléments de preuve du diagnostic et du suivi du patient et je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les éléments de preuve qui attestent de la situation décrite.

### III. PÉRIODE DE L'ADMINISTRATION:

1.

il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité avec la spécialité XAGRID. J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité XAGRID avec une posologie maximale de 5 mg/jour pour une première période de 12 mois.

2.

il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour la spécialité XAGRID, car le patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité XAGRID sur base des conditions du § 3450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001,

J'atteste que le traitement par XAGRID a engendré une baisse du taux plaquettaire:

/ / (date)      taux de plaquettes: ..... 10<sup>9</sup>/l avant traitement par XAGRID

/ / (date)      taux de plaquettes: ..... 10<sup>9</sup>/l récemment

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité XAGRID avec une posologie maximale de 5 mg/jour pour une nouvelle période de 12 mois.

### IV. IDENTIFICATION DU MÉDECIN-SPÉCIALISTE EN HÉMATOLOGIE VISÉ AU POINT II CI-DESSUS:

Nom.....

Prénom.....

N° INAMI.....

Date      /      /

Cachet

Signature du médecin