

**Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier**

Formulaire de demande destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CARDIOXANE (§ 4440000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001).

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'O.A.) :**

--	--	--

**II – Éléments à attester par le médecin prescripteur:**

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste porteur

- du titre professionnel particulier en oncologie médicale
- de la qualification professionnelle particulière en oncologie
- du titre professionnel particulier en hématologie clinique
- de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques

certifie que le patient mentionné ci-dessus :

i. est d'atteint d'un cancer avancé et/ou métastasé dont le diagnostic précis est le suivant :

.....

.....

ii. doit de ce fait recevoir la chimiothérapie suivante :

doxorubicine (à l'exclusion des formes liposomiales pégylées), avec un schéma posologique de :

.....

.....

épirubicine, avec un schéma posologique de :

.....

.....

iii. présente une augmentation du risque de toxicité cardiaque, car il se trouve dans la situation suivante :

- Patient ayant déjà reçu un traitement chimiothérapique comportant:
  - de la doxorubicine avec dose cumulative supérieure ou égale à 450 mg/m<sup>2</sup>;
  - de l'épirubicine avec dose cumulative supérieure ou égale à 900 mg/m<sup>2</sup>;

- Patient présentant au moins un des trois facteurs de risques suivants :
  - soit antécédent d'irradiation de la chaîne mammaire interne gauche,
  - soit âge égal ou supérieur à 70 ans,
  - soit irradiation du corps entier (Total Body Irradiation, TBI) planifiée dans le cadre d'une préparation à une transplantation de moelle ou de cellules souches,
    - et ayant également déjà reçu un traitement chimiothérapique comportant
      - de la doxorubicine avec dose cumulative supérieure ou égale à 240 mg/m<sup>2</sup>
      - de l'épirubicine avec dose cumulative supérieure ou égale à 480 mg/m<sup>2</sup>;

Patient de moins de 18 ans pour lequel une irradiation du corps entier (Total Body Irradiation, TBI) est planifiée dans le cadre d'une préparation à une transplantation de moelle ou de cellules souches.

iv. En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je sais que le remboursement des administrations de la spécialité CARDIOXANE et de la spécialité SAVENE au cours du même schéma chimiothérapique n'est jamais autorisé.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité CARDIOXANE.

**III – Identification du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en oncologie médicale ou de la qualification professionnelle particulière en oncologie ou du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (nom, prénom, N°INAMI) :**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet du médecin)

..... (signature du médecin)