

Annexe A: Modèle de formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ERBITUX (§ 4040000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

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

II - Eléments à attester par un radiothérapeute ou un oncologue médical

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un carcinome épidermoïde localement avancé épithéliome spinocellulaire de l'oropharynx, hypopharynx ou larynx stade III ou IV non-métastasé et qu'un traitement avec radiothérapie est indiqué. Il remplit toutes les conditions figurant au § 4040000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

Il n'est pas candidat pour un traitement par chimiothérapie sur base de cisplatine en combinaison avec la radiothérapie pour la raison suivante :

.....
.....
.....

Le choix du traitement a été fait à l'occasion de la concertation oncologique multidisciplinaire du/..../.....

A laquelle ont entre autres participé

Nom	Numéro INAMI	
.....	,radiothérapeute
.....	,oncologue médical
.....	,oto-rhino-laryngologiste

Une première administration de 400 mg/m² est prévue une semaine avant la radiothérapie, suivie d'un maximum de 7 administrations de 250 mg/m² pendant la radiothérapie.
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, et plus particulièrement une copie du rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ERBITUX en combinaison avec radiothérapie.

III - Identification du pharmacien de référence :

Nom et prénom :.....
Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10-□□□-□□□□
Adresse :

IV - Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (numéro INAMI)

[] / [] / [] (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)