ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité HEXVIX (§ 4640000 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 urologie :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en urologie, certifie que les conditions figurant au § 4640000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'utilisation de la spécialité HEXVIX chez ce patient sont toutes remplies, car l'administration de la spécialité a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

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

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui présente un cancer de la vessie dont la mise au point préalable (cystoscopie exploratoire ou imagerie médicale (échographie sus-pubienne, urographie IV, CT-scan ou MRI) ou cytologie urinaire positive) a mis en évidence le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (*) :

⊔ des tumeurs multifocales
ou
⊔ une tumeur superficielle de plus de 3 cm
ou
⊔ une récidive dans les 12 mois après une résection curative effectuée le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔
ou
⊔ un ou plusieurs carcinome(s) in situ (Cis)

De plus :

⊔ J'atteste qu'il s'agit d'une utilisation remboursable d'un flacon de HEXVIX 50ml à 85mg/50ml, qui a eu lieu le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔, <u>donc dans les 12 mois qui suivent la date (*) ci-dessus</u> et concerne :

⊔ une première cystoscopie avec utilisation d'HEXVIX
ou
⊔ une seconde cystoscopie avec utilisation d'HEXVIX

OU

⊔ J'atteste qu'il s'agit d'une utilisation d'un flacon de HEXVIX 50ml à 85mg/50ml qui a eu lieu le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔, et que cette utilisation est remboursable car la précédente utilisation a été effectuée il y a au moins 12 mois, en l'occurrence le ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔

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, notamment les éléments diagnostiques ayant conduit à la première utilisation d'HEXVIX.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient remplit les conditions pour recevoir le remboursement de ce flacon de HEXVIX 50ml à 85mg/50ml.

IV– Identification du médecin spécialiste en urologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔	(nom)	
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔	(prénom)	
1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔	(N° INAMI)	(SIGNATURE DU MEDECIN)
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔	(Date)	

(CACHET) .....