

Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van brentuximab vedotin (§ 12030000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018)

[illegible]

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, erkend in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie of medische oncologie verklaar:

☐ een **CD30-positief hodgkinlymfoom (HL) Stadium IV** dat voorheen onbehandeld is

- **systemisch anaplastisch grootcellig lymfoom (sALCL) dat voorheen onbehandeld is en**

- ☐ ALK-positief met IPI > of = 2
- ☐ ALK-negatief

en dat het gaat over een behandeling in combinatie met:

- ☐ doxorubicine, vinblastine en dacarbazine (AVD) voor een HL
- ☐ cyclofosfamide, doxorubicine en prednisone (CHP) voor een sALCL

en dat de rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden van punt a) van § 12030000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018.

In bijlage voeg ik een medisch verslag dat de elementen vermeldt die toelaten de diagnose te stellen en dat de vroegere en recente evolutie van de aandoening (laboresultaten, aard van de behandeling(en)) chronologisch beschrijft.

Ik verbind me ertoe aan de adviserend arts de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Ik verbind er mij toe een evaluatie uit de voeren van de klinische toestand van de rechthebbende

- met HL: na een behandeling met 2 cycli
- met sALCL: na een behandeling met 3 cycli

Lk verbind er mij toe de behandeling met de betrokken specialiteit te stoppen bij therapiefalen, bij ziekteprogressie of bij intolerantie zoals gedefinieerd in de Samenvatting van de Product Kenmerken (SPK).

Ik verbind me er eveneens toe, indien de rechthebbende de vergoeding van de betrokken specialiteit zal verkregen hebben, aan het College van artsen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken rechthebbende, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt g) van § 12030000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB van 01 februari 2018.

Op basis van de bovenvermelde gegevens bevestig ik dat deze rechthebbende een vergoeding dient te verkrijgen voor een behandeling met de betrokken specialiteit, rekening houdende:

- Voor de gecombineerde behandeling van HL, met een maximale posologie van 1,2 mg/kg, eenmaal per 2 weken. Het maximale aantal vergoedbare cycli is beperkt tot 6.
- Voor de gecombineerde behandeling van sALCL, met een maximale posologie van 1,8 mg/kg, eenmaal per 3 weken. Het maximaal aantal vergoedbare cycli is beperkt tot 8.

Ik ben erkend in de inwendige geneeskunde met de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie op basis van het
Versie geldig vanaf 01.05.2023

ministerieel besluit van 18.10.2002 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie of in de klinische hematologie, alsmede de stagemeesters en stagediensten in de klinische hematologie of medische oncologie.

Ik ben sinds / / verbonden aan het hieronder vermelde ziekenhuis.

Naam en volledig adres van deze ziekenhuisdienst zijn de volgende:

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

IV– Identificatie van de ziekenhuisapotheker verbonden aan dit ziekenhuis:

Naam en voornaam:

.....
.....

RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is: 7.10 - - -

Adres:.....

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

V– Identificatie van de arts-specialist bedoeld onder punt II hierboven:

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)