ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :
Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité GLIOLAN (§ 5280000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) ;

Nom: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

Prénom: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

N° d'affiliation : ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en neurochirurgie possédant la qualification particulière en oncologie

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en neurochirurgie possédant la qualification particulière en oncologie, certifie que les conditions figurant au point a) et b) du § 5280000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité GLIOLAN chez ce patient sont toutes remplies.

Je déclare avoir suivi le cours de formation tel que défini dans les caractéristiques du produit du GLIOLAN au centre suivant
␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

et à la date de ␣␣/␣␣/␣␣␣␣

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

J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé de ≥ 18 ans chez qui l'examen IMR a démontré la présence d'un gliome malin (WHO grade III ou IV) chez qui une exérèse complète de la tumeur est envisagée.

Je déclare que la tumeur comporte des caractéristiques suivantes sur l'IRM : tumeur avec une épaisse paroi circulaire avec zone centrale ayant un signal diminué évocateur de nécrose tumorale; la tumeur ne se trouve pas sur la ligne médiane, dans les ganglions de base, dans le cervelet ou dans le tronc cérébral; il y a seulement une lésion à captation contrastée et il n'y a pas de zones étendues de tumeurs non évocatrices de captation contrastée pour gliome de faible grade avec transformation maligne.

Je m'engage également à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport de l'IRM et de l'examen pathologique anatomique.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité GLIOLAN en tenant compte d'une posologie maximale de 20 mg de chlorhydrate d'acide 5-aminolévulinique par kilo de poids corporel.

IV- Identification du médecin spécialiste en neurochirurgie possédant la qualification particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI ;

␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣	(nom)
␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣	(prénom)
1-␣␣␣␣␣-␣␣-␣␣␣	(N° INAMI)
␣␣ / ␣␣ / ␣␣␣␣	(Date)

(CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)