

II.3. □ **Il s'agit d'une demande pour une deuxième prolongation suivante pour le traitement de SEGA (pour une période de 12 mois) :**

J'atteste que le bénéficiaire a déjà reçu le remboursement de cette spécialité sur base de tous les critères du point a) du § 8170000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 et j'atteste que le traitement a mené au bénéfice clinique permettant la prolongation chez le bénéficiaire.

□ J'atteste, via imagerie médicale, faite après 18 mois de traitement qu'une diminution de > ou = 50% de la somme de toutes les lésions cibles SEGA a été démontrée en comparaison avec la situation avant traitement.

II.4. □ **Il s'agit d'une demande de prolongation pour le traitement de SEGA (de nouvelles périodes de 12 mois) :**

J'atteste que le bénéficiaire a déjà reçu le remboursement de cette spécialité sur base de tous les critères du point 8170000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 et j'atteste que le traitement a mené à un bénéfice clinique permettant la prolongation chez le bénéficiaire.

□ J'atteste, via une imagerie médicale chaque fois après 24 mois de traitement, qu'une stabilisation du SEGA (= absence d'une progression > ou = 20% versus NADIR) par rapport à la dernière demande de prolongation.

Je m'engage à arrêter le traitement avec cette spécialité dans le cas d'une perte d'efficacité, et ceci sur base des critères objectifs suivants :

- Une augmentation du volume du SEGA (volume total des lésions cibles comme défini avant le traitement) > ou = 20% par rapport au NADIR (le volume mesuré minimal pendant le traitement).
- Une progression indiscutable d'autres lésions SEGA (lésions non cibles).
- L'apparition d'un nouveau SEGA d'un diamètre > ou = 1 cm (diamètre le plus long).
- L'apparition d'une hydrocéphalie ou l'aggravation d'une hydrocéphalie préexistante.

Le traitement avec cette spécialité sera également arrêté chez un patient avec un SEGA asymptomatique associé à une STB si le patient a > ou = 25 ans et ses lésions SEGA sont stables depuis > ou = 2 ans. Si, lors d'un contrôle ultérieur, une recroissance de la tumeur est constatée, le traitement peut être redémarré. Lorsqu'une stabilisation des lésions SEGA est constatée à nouveau après au moins 2 ans, le traitement sera à nouveau arrêté.

Détails sur mon expérience :

Je travaille depuis ___ / ___ / ____ dans un hôpital universitaire.

Nom et adresse complets de l'hôpital universitaire :

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

Identification du pharmacien hospitalier :

Nom et prénom :

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché : 7.10. - - ... - ...

Adresse :

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage à participer au registre belge de Votubia®.

III – Identification du médecin spécialiste auquel on fait référence dans le point II ci-dessus :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)