

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit ... bij een patiënt met GIST (§31008 van hoofdstuk VIII van het KB van 1er februari 2018).

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Lk ondergetekende, arts-specialist in de medische oncologie of in de gastro-enterologie met bijzondere bekwaamheid in de oncologie en tevens verantwoordelijk voor de behandeling, vraag de terugbetaling aan van de specialiteit en verklaar dat de hierboven vermelde volwassen patiënt zich in de volgende situatie bevindt wat betreft zijn/haar maligne gastro-intestinale stromale tumor (GIST):

□ **a1) postoperatief-adjuvant** met bovendien een hoog risico op herval van GIST berekend volgens de modified NIH-criteria uit Human Pathology 2008. Ik omcirkel één van de 6 gedefinieerde hoog-risico criteria:

Risk category	Tumor size (cm)	Mitotic index (per 50 HPFs)	Primary tumor site
Very low risk	<2.0	≤5	Any
Low risk	2.1-5.0	≤5	Any
Intermediate risk	2.1-5.0	>5	Gastric
	<5.0	6-10	Any
High risk	5.1-10.0	≤5	Gastric
	Any	Any	Tumor rupture
	>10 cm	Any	Any
	Any	>10	Any
	>5.0	>5	Any
	2.1-5.0	>5	Nongastric
	5.1-10.0	≤5	Nongastric

© 2008 Elsevier Inc. All rights reserved.

Ik ben op de hoogte dat de maximale duur van terugbetaling in deze situatie 3 jaar bedraagt vanaf het jaar van resectie van GIST.

OF

☐ **a2) niet-reseceerbaar en/of gemetastaseerd**

OF

☐ **a3) bijzondere situatie** van a1) en a2): mijn patiënt is hervallen van GIST tijdens de adjuvante inname van imatinib.

Het betreft voor mijn patiënt hetzij

- ☐ een eerste aanvraag van de geattesteerde situatie, hetzij
- ☐ een vraag tot verlenging van de behandeling met imatinib waarbij de verderzetting tevens klinisch pertinent is.

EN

- ☐ ik verklaar dat de GIST niet de resistente mutatie PDGFRA D842V bezit. De afwezigheid van de resistente mutatie PDGFRA D842V moet aangetoond zijn door een test die voldoet aan de voorwaarden van artikel

33ter van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 betreffende moleculair biologische testen op menselijk materiaal bij verworven aandoeningen die geassocieerd zijn aan een farmaceutische specialiteit.

EN

☐ Ik beschik in mijn medisch dossier over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) daterend van / / dat het akkoord geeft voor de behandeling met de specialiteit

EN

Op basis hiervan heeft mijn patiënt een terugbetaling nodig van de specialiteit

Hetzij a1) aan een maximale dagdosis van 400 mg imatinib

☐ Jaar 1 (maximum 12) verpakkingen (van 30 x 400 mg tabl of van 120 x 100 mg caps)

☐ Jaar 2 (maximum 12) verpakkingen (van 30 x 400 mg tabl of van 120 x 100 mg caps)

☐ Jaar 3 (maximum 12) verpakkingen (van 30 x 400 mg tabl of van 120 x 100 mg caps)

Hetzij a2) aan een maximale dagdosis van 400 mg imatinib

..... (maximum 12) verpakkingen (van 30 x 400 mg tabl of van 120 x 100 mg caps)

Hetzij a3) aan een maximale dagdosis van 800 mg imatinib

..... (maximum 24) verpakkingen (van 30 x 400 mg tabl of van 120 x 100 mg caps)

Bovendien verbind ik me ertoe om de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts

III - Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld:

(naam)

(voornaam)

1 - - - (RIZIV nummer)

/ / (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de arts)