



Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité JEVANA pour un traitement initial comportant 5 administrations à raison d'une administration toutes les 3 semaines à la posologie maximum de 25 mg/m<sup>2</sup>.

Je m'engage à arrêter le traitement remboursé si je constate une progression de la maladie pendant les 12 premières semaines de traitement, démontrée par au moins 2 des signes de progression mentionnés ci-dessus.

□ **Deuxième demande et suivantes: prolongations du traitement avec Jevtana (après les 12 premières semaines de traitement)**

La première administration de JETVANA a été effectuée le / /  (date)

Le bilan comprenant tous les examens nécessaires à la vérification de l'absence de **chacun** des signes de progression mentionnés ci-dessus, a été effectué entre le / /  (date) et le / /  (date).

J'atteste que ce bilan ne montre pas de signes de progression.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir une prolongation du remboursement du traitement avec la spécialité JEVANA pour 5 administrations supplémentaires à raison d'une administration toutes les 3 semaines à la posologie maximum de 25 mg/m<sup>2</sup>.

Je m'engage à arrêter le traitement remboursé si je constate une progression de la maladie après les 12 premières semaines de traitement, démontrée par au moins 1 des signes de progression mentionnés ci-dessus

**IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou urologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

(nom)

(prénom)

1- (N° INAMI)

/  /  (Date)

(signature du médecin)

(Cachet)

.....