

Demande initiale de prise en charge d'INSTANYL

Matricule du patient	_ _ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _ _
Nom et prénom				
Nom du médecin prescripteur				
Code médecin	_ _ _ _ _			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur en médecine, expérimenté dans les **traitements oncologiques**, déclare suivre le patient ci-dessus nommé atteint du cancer suivant :

.....
Je certifie que l'indication est posée pour l'initiation d'un traitement par INSTANYL, conformément au résumé des caractéristiques officiellement approuvé :

« INSTANYL est indiqué pour le traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients adultes recevant déjà un traitement de fond opioïde pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Un accès douloureux paroxystique est une exacerbation passagère d'une douleur chronique par ailleurs contrôlée par un traitement de fond. Les patients sous traitement de fond opioïde sont ceux prenant au moins 60mg par jour de morphine par voie orale, au moins 25 microgrammes par heure de fentanyl transdermique, au moins 30mg par jour d'oxycodone, au moins 8mg par jour d'hydromorphone par voie orale ou une dose équianalgésique d'un autre opioïde pendant une durée d'au moins une semaine. »

Détails concernant le médicament utilisé en tant que traitement de fond opioïde :

Dénomination:

Dosage:

Posologie:

Date d'instauration du traitement de fond opioïde:

Je certifie avoir pris connaissance du plan de gestion des risques tel qu'il a été approuvé par les instances.

Je certifie que les conditions de l'article 105 des statuts de la CNS sont remplies :

Art. 105. La prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ceux-ci soient prescrits, délivrés et administrés en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit tel que celui-ci a été approuvé lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

Note au prescripteur :

Sur base du présent document, la CNS donne l'accord initial. L'accord pour une prolongation de la prise en charge est donné sur base d'une ordonnance médicale établie par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des traitements opioïdes chez les patients atteints de cancer.

La présente est à renvoyer au **Service Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg

Cachet, signature et date	
---------------------------	--