



- Présenter une intolérance avérée ou une réponse insuffisante à un traitement de deuxième ligne (tels que hydroxyurée, interféron alpha, imatinib)

J'atteste que je dispose des éléments attestant que les critères concernant la sévérité du syndrome hyperéosinophilique sont remplis chez le bénéficiaire concerné avant l'initiation du traitement.

**Il s'agit d'une première demande d'un bénéficiaire déjà traité dans le cadre des études cliniques ou dans le cadre d'un programme d'accès étendu :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu

- en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, expérimenté dans le traitement des maladies éosinophiles ou attaché à un hôpital universitaire,
- en médecine interne expérimenté en immunologie

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au point a') du §11480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 :

- Le bénéficiaire mentionné ci-dessus présente un contrôle ou une amélioration de sa maladie sous mépolizumab.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouvait dans la situation attestée au moment de la demande.

Je confirme tenir compte de la posologie recommandée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 21 conditionnements de la spécialité à base de mépolizumab pour assurer les 6 premiers mois de traitement.

**III - Identification du médecin spécialiste mentionné en point II (nom, prénom, adresse, N° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin )