

# Imnovid® (Pomalidomide) Demande urgente pour un traitement anticancéreux

## Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

### Limitatio LS:

Seulement après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Imnovid, en association avec la dexaméthasone, est indiqué pour le traitement du myélome multiple (MM) en rechute et réfractaire chez les patients ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (comportant le lénalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

### Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
<b>Assurance:</b>	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

### Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):

Traitements suivis jusque-là (cocher ce qui convient):

Il s'agit d'une prescription/délivrance du médicament conformément à la limitatio (LS).

Le traitement antérieur a inclus le lénalidomide et le bortézomib.

Oui

Non

Le MM a progressé pendant le traitement antérieur susmentionné.

Remarques:

### Médecin formulant la demande:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital, ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>

Date:..... Timbre et signature:.....