

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: Prénom: né le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tel.:

Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital, ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

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