

Test multigénique du carcinome mammaire à réaliser sur site par le pathologiste

Demande de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire

Indication: Carcinome mammaire primaire, à récepteurs d'œstrogène positifs, HER2-négatif, avec jusqu'à trois ganglions lymphatiques touchés, dans lequel des facteurs classiques ne permettent pas de décider sans équivoque en faveur d'un traitement adjuvant («groupe de risque intermédiaire»).

Objectif: Test multigénique pour déterminer le risque de métastases à distance chez des patientes souffrant de carcinome mammaire primaire ER positif, HER2 négatif sous endocrinothérapie adjuvante seule. Le test sert à déterminer le pronostic et à appuyer la décision sur la nécessité ou non d'une chimiothérapie chez la patiente. Les patientes présentant un risque faible de métastases peuvent souvent renoncer à la chimiothérapie.

Situation de départ concernant la prise en charge des coûts: Actuellement, les tests multigéniques dans le carcinome mammaire ne sont pas une prestation obligatoirement prise en charge par l'assurance de base des soins. En fonction de l'assurance complémentaire volontaire de chacun, l'assureur peut étudier le droit aux prestations.

Données de la patiente:

Nom: Prénom: né le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

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

NPA: Lieu:

J'atteste par la présente que la patiente souffre d'un carcinome mammaire primaire, présentant les critères suivants (critères d'exclusion, autrement dit, toutes les questions posées reçoivent une réponse positive):

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. ER-positif | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | 4. G1-3 | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2. HER2/neu-négatif | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | 5. pT1-3 | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3. 0 à 3 gangli. lymph. touchés | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | 6. Pré/post-menopausique | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Autres pathologies/comorbidités pertinentes pour le traitement:

Médecin formulant la demande

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date:.....

Timbre et signature:.....