

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

Limitatio: Uniquement après accord de prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil: pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal (CCR) métastatique qui ont déjà reçu une chimiothérapie à base de fluoropyrimidines, d'oxaliplatine et d'irinotécan, un traitement anti-VEGF ou – chez les patients porteurs d'un gène KRAS de type sauvage – un traitement anti-EGFR et qui remplissent les critères suivants:

- Performance Status ECOG 0 – 1
 - Fonction hépatique, fonction rénale et nfs (numération formule sanguine) adéquates
 - Exclusion des patients souffrant d'une comorbidité non contrôlée (ex. hypertension, insuffisance cardiaque, diabète non contrôlés)
- En cas de progression, il convient d'interrompre le traitement par STIVARGA.

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"/>		

Assurance:

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

Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):**Le patient a déjà reçu les traitements suivants contre le CCR :**

- une chimiothérapie à base de fluoropyrimidines, d'oxaliplatine et d'irinotécan
- un traitement anti-VEGF un traitement anti-EGFR (KRAS de type sauvage)

Performance status ECOG actuel: Fonction hépatique, fonction rénale et nfs (numération formule sanguine adéquates): Oui NonExiste-t-il des critères d'exclusion tels que p.ex. hypertension, insuffisance cardiaque ou diabète non contrôlés? Oui Non**Remarques, informations complémentaires:****Médecin formulant la demande**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

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

Date:.....

Timbre et signature:.....