

# XTANDI™ (enzalutamide)

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

**Extrait de l'indication Swissmedic:** En association aux agonistes de la LHRH dans le traitement du cancer non métastatique de la prostate résistant à la castration chez les hommes présentant un risque élevé de développement de métastases (en particulier PSADT ≤10 mois, voir Efficacité clinique). [Lien Swissmedicinfo](#)

### 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:

Assurance:	<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):

Le Patient atteint d'un cancer non métastatique de la prostate résistant à la castration avec un risque élevé de développement de métastases.

Le traitement est-il pris en association à un agoniste de la LHRH?  Oui  Non

Si oui, nom du produit:

Justification du risque élevé de développement de métastases et motivation du choix d'un traitement par XTANDI™ (veuillez également joindre les références pertinentes):

### Médecin requérant:

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:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				