

Adcetris® (Brentuximab Vedotin)

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

Limitation (extrait)

Pour toutes les indications remboursables, il est stipulé:

Les traitements nécessitent une demande de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le médecin traitant est tenu de saisir en continu les données nécessaires pour toutes les indications remboursées dans l'outil internet du registre disponible sur <http://www.lymphomaregistry.ch>. Le consentement écrit du patient doit être obtenu. Les données suivantes doivent être enregistrées :

1) Au début du traitement : année de naissance, sexe et poids du patient, indication thérapeutique (LH (stade IV), LH récidivant ou réfractaire, LPCT, LAGCs récidivant ou réfractaire, LCCT) et traitements antérieurs du LH récidivant ou réfractaire, du LAGCs récidivant ou réfractaire ou du LCCT. Pour le LCCT et le LPCT, l'histologie du LCCT ou du LPCT ainsi que la valeur d'expression de CD30 doivent être enregistrées. Si pour le LCCT aucun traitement préalable avec le méthotrexate n'a été effectué, la raison doit être indiquée.

2) Date d'administration, posologie et nombre d'ampoules utilisées d'Adcetris par cycle, traitements additionnels, date de fin de traitement ainsi que la raison de l'arrêt du traitement.

Extrait Lymphome de Hodgkin (LH): Limitation temporaire jusqu'au 30.11.2026

LH récidivant ou réfractaire, monothérapie (avec modèle de prix)

Voir la limitation complète dans les spécialités (www.spezialitaetenliste.ch).

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur maladie: **19989.02**

Données personnelles du patient/de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance maladie: N° d'assuré:

Adresse Assurance (Service des médecins ou médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales

Adulte (≥ 18 ans) Le patient est atteint d'un lymphome de Hodgkin CD30+.

Stade: réfractaire récidivant après une greffe autologue de cellules souches (ASCT)
 après au moins deux traitements antérieurs quand l'ASCT n'est pas une option de traitement

Thérapie prévue avec Adcetris® selon l'information professionnelle

IV 30 min Infusion, Dose 1,8 mg/kg toutes les 3 semaines. Si le poids corporel >100 kg, appliquer le calcul de la dose pour 100 kg. Pour tous les patients : maximum 16 cycles. Quantité par cycle = poids corporel du patient x 1,8 mg.

Poids du patient/de la patiente (kg) Dose nécessaire (mg):

Nombre de flacons nécessaires (50 mg) par cycle:

Remarques/Compléments:

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: