

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Indication: Carcinome colorectal

Limitatio (extrait)

Substitution préparation de référence/biosimilaire: Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire pour le traitement par BEVACIZUMAB-TEVA s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire dans la même indication.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21264.01.**

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e)::

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Diagnostic (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

La patiente/le patient souffre d'un cancer métastatique du côlon ou du rectum et doit recevoir un traitement par Bevacizumab-Teva.

Comme: traitement de première ligne en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX).

traitement de deuxième ligne en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine, après traitement antérieur par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bevacizumab.

Si comme traitement de deuxième ligne, description de la thérapie antérieure:

Quel(s) médicaments(s)?	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: