

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Indikation: Carcinome pulmonaire

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: **21264.02.**

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Poids: kg 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

Le patiente ou la patiente présente un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) non squameux, non résécable, avancé, métastatique ou récidivant.

Posologie (conformément à la limitation): 7,5 mg/kg de poids corporel

Le traitement des six premiers cycles au maximum est effectué en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine.

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: