

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Indication: Cancer du sein

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: **21264.04**.

Données du patient / de la patiente:

Nom:			Prénom:		né(e) le:	
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 et des indications sur le traitement :

☐

La patiente est atteinte d'un cancer du sein HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique. Elle reçoit un traitement de première ligne en association avec le paclitaxel.

Posologie (conformément à l'information professionnelle): 10 mg/kg de poids corporel toutes les deux semaines ou 15 mg/kg de poids corporel toutes les trois semaines.

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom:			Prénom:	
Adresse:			Complément d'adresse:	
NPA:		Lieu:		
Fax:			Tél.:	
E-Mail:				
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:			Département:	
Date:				