

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

Indication: traitement du carcinome hépatocellulaire inopérable ou métastatique (CHC)

Limitatio: voir aussi Liste des spécialités

Code d'indication: 21264.8

Données du patient / de la patiente:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Sexe::	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Taille (cm):	<input type="text"/>	Poids (kg):	<input type="text"/>
Complément d'adresse:	<input type="text"/>	Rue:	<input type="text"/>		
Assurance-maladie:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	<input type="text"/>	Numéro d'assuré(e)::	<input type="text"/>		
Complément d'adresse 2:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
		Complément d'adresse 1:	<input type="text"/>		

Diagnostic et information sur le traitement:

Le(la) patient(e) est atteint(e) d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) inopérable ou métastatique et n'a pas reçu de traitement systémique auparavant. Il(elle) n'est pas admissible au traitement locorégional ou la maladie a progressé après un tel traitement.

Indice fonctionnel ECOG: Catégorie selon le score de la fonction hépatique de Child-Pugh:

Début prévu du traitement par Bevacizumab-Teva en association avec TECENTRIQ:

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tél.:	<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"/>		