

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

Limitatio: Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Statut de médicament orphelin accordé par Swissmedic (le 31.05.2011): traitement du cancer médullaire de la thyroïde (CMT).

Données du patient:

| | | | | | |
|------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Nom: | <input type="text"/> | Prénom: | <input type="text"/> | né le: | <input type="text"/> |
| Rue: | <input type="text"/> | Complément d'adresse: | <input type="text"/> | | |
| NPA | <input type="text"/> | Lieu: | <input type="text"/> | | |

Assurance:

| | | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | N° d'assurance: | <input type="text"/> | | |
| Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC): | Complément d'adresse: | <input type="text"/> | | |
| NPA | <input type="text"/> | Lieu: | <input type="text"/> | |

Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):

Je demande une garantie préalable de prise en charge des coûts pour Caprelsa® pour la raison suivante: (dose: 300 mg par jour, possibilité de réduction de la dose en cas d'intolérance: 200 mg par jour, 100 mg par jour)

- Patient(e) atteint(e) d'un cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes
- Autre(s), soit:

Remarques, informations complémentaires:**Médecin formulant la demande**

| | | | | | |
|------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|
| Nom: | <input type="text"/> | Prénom: | <input type="text"/> | | |
| Rue: | <input type="text"/> | NPA: | <input type="text"/> | Lieu: | <input type="text"/> |
| Tél. | <input type="text"/> | Fax: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |

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

Date:.....

Timbre et signature:.....