

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

Indication homologuée par Swissmedic: Dacogen est indiquée pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie myéloïde aigüe (LMA) qui ne sont pas candidats à une chimiothérapie intensive et/ou une greffe de cellules souches.

Données du patient:

Nom:

Prénom:

né le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC):

Complément d'adresse:

NPA

Lieu:

Données médicales (réservé exclusivement au médecin-conseil):☐

Prescription dans le cadre de l'indication: je demande la prise en charge de DACOGEN®

Remarques, informations complémentaires:☐

Prescription hors indication off-label (Art. 71 OAMal)

Diagnostic, réservé exclusivement au médecin-conseil:

Justifier/ expliquer pourquoi DACOGEN® est indiqué:

Bases scientifiques du traitement envisagé (études cliniques):

Prière de joindre une liste des études sur lesquelles vous vous appuyez (références, liens, abstracts).

Médecin formulant la demande

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

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

Date:.....

Timbre et signature:.....