

Darzalex® / Darzalex® SC (Daratumumab)

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

Limitatio (Extrait): Uniquement en monothérapie pour le traitement des patients adultes réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par un anticorps CD38 ou en monothérapie pour le traitement de patients adultes réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et > 1 IMiD et n'ont encore jamais été traités par un anticorps CD38.

Le traitement se poursuit jusqu'à progression de la maladie

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **20589.01** (en cas d'administration par voie IV) / **21150.01** (en cas d'administration par voie SC).

Données du patient:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ 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

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple.

Concernant les thérapies précédentes : Selon l'indication approuvée par Swissmedic, la patiente/le patient doit avoir reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) sans traitement préalable par un anticorps CD38 ou le patient doit avoir été doublement réfractaire à >1 IP et > 1 IMiD et n'a encore jamais été traité par un anticorps CD38. Merci de décrire les thérapies précédentes.

Quel(s) médicament(s)	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement: (MM/AAAA):

Administration par voie **IV** (code d'indication: **20589.01**)

Administration par voie **SC** (code d'indication: **21150.01**)

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital (ajoutez le nom de l'hôpital): Département:

Date: