

DARZALEX® / DARZALEX SC® (Daratumumab)

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

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2028

DARZALEX en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone (2L+)

(avec modèle de prix)

DARZALEX SC/Darzalex est remboursé en combinaison avec Carfilzomib et dexaméthasone (KDd) pour le traitement des patients adultes avec myélome multiple récidivant ayant reçu au moins une thérapie antérieure. Le schéma posologique et la posologie doivent suivre les indications du résumé des caractéristiques du produit.

Le traitement se poursuit jusqu'à progression de la maladie. DARZALEX/DARZALEX SC n'est pas remboursé si les patients étaient réfractaires et/ou récidivistes sous traitement préalable avec un anticorps CD38.

DARZALEX n'est pas remboursé si les patients étaient réfractaires et/ou récidivistes sous traitement préalable avec un anticorps CD38.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **20589.07** (en cas d'administration par voie IV) / **21150.07** (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. Thérapies précédentes:☐

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple récidivant. Il est prévu de lui administrer un traitement combiné de carfilzomib et de dexaméthasone.

Thérapies précédentes

Quel(s) médicament(s)

du (MM/AAAA)

au (MM/AAAA)

Information relatif à l'effet:

Début prévu du traitement:

(MM/AAAA):

☐Administration par voie **IV** (code d'indication: **20589.07**)☐Administration par voie **SC** (code d'indication: **21150.07**)

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: