

DARZALEX® SC (Daratumumab)

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

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2027

AL-Amyloïdose

(avec modèle de prix)

Seulement jusqu'à progression de la maladie.

DARZALEX SC, en association avec le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone, est remboursé pour le traitement des patients atteints d'amyloïdose AL (amylose à chaînes légères) non traités antérieurement et ne présentant pas de cardiopathie de stade IIIB ou IV selon la NYHA.

Le traitement par le bortézomib, le cyclophosphamide et la dexaméthasone est remboursé pendant 6 cycles au maximum. Le traitement par DARZALEX SC est remboursé pendant 24 cycles au maximum.

La première prescription doit être effectuée exclusivement dans des établissements de formation postgraduée de catégorie A et B en hématologie ou en oncologie médicale (selon la liste des centres de formation postgraduée de la FMH, <http://www.siwf-register.ch>).

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: **21150.04**

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 première prescription doit être effectuée exclusivement dans des établissements de formation postgraduée de catégorie A et B en hématologie ou en oncologie médicale (selon la liste des centres de formation postgraduée de la FMH, <http://www.siwf-register.ch>).

Association prévue avec DARZALEX® SC:

☐

bortézomib, cyclophosphamide, dexaméthasone

Début prévu du traitement: (MM/AAAA):

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: