

DARZALEX® / Darzalex SC® (Daratumumab)

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

DARZALEX SC/Darzalex en association avec le bortézomib et la dexaméthasone (2L+)

(avec modèle de prix)

DARZALEX SC/Darzalex est remboursé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints d'un myélome multiple ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: **20589.05** (en cas d'administration par voie IV) **21150.05** (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. Début prévu du traitement: (MM/AAAA)

Thérapies précédentes

Quel(s) médicament(s)	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	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"/>

 Administration par voie **IV** (code d'indication: **20589.05**) Administration par voie **sc** (code d'indication: **21150.05**)

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: