

Elrexio® (Elranatamab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Limitation (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.08.2025

Elrexio est remboursé en monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ou réfractaire, dont le myélome multiple est réfractaire à au moins un principe actif immunomodulateur, un inhibiteur du protéasome et un anticorps monoclonal anti-CD38, et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21647.01

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales:

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

Remarque: Selon la Limitation, les patients doivent avoir reçu auparavant au moins un inhibiteur du protéasome, un principe actif immunomodulateur et un anticorps monoclonal anti-CD38, et avoir montré une progression par rapport au dernier traitement.

Veillez décrire les traitements précédents ci-dessous

Quel(s) médicament(s)?	de (mm/aaaa)	à (mm/aaaa)	Informations sur 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"/>

Compléments, remarques:

Médecin requérant

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-mail:

Si exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital: Département:

Date: