## ERLEADA® (apalutamide)

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

**Limitatio:** Limitation limitée jusqu'au 31.10.2028. Après prise en charge des frais par l'assureur-maladie à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil. ERLEADA est remboursé en association avec un traitement par privation androgénique (ADT) dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique et hormonosensible (mHSPC). Voir aussi <u>LS</u>.

Rue:  Complément d'adresse:  NPA: Lieu:  Assurance:  NP d'assurance::  Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  Complément d'adresse:  NPA: Lieu:  Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Médecin requérant:  Nom:  Prénom:  Rue:  NPA: Lieu:  Lieu:  E-Mail:  E-Exerçant à l'hópital ajoutez le nom de l'hópital:  Département:	Données du patient: Nom:	Prénom:	Né le:	
Assurance:  Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  Complément d'adresse:  NPA:  Lieu:  Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, informations complémentaires:  Médecin requérant:  Non:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  E-Mail:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	NOITI.	Fielion.	ive ie.	
Assurance:  Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  Complément d'adresse:  NPA:  Lieu:  Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, informations complémentaires:  Médecin requérant:  Non:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  E-Mail:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Rue:	Complément d'adresse:		
Assurance:  Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):  NPA:  Lieu:  Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Prénom:  Rue:  Eserçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:  Département:  Département:  Département:				
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):    Complément d'adresse:	NPA: Lieu:			
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):    Complément d'adresse:				
Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Médecin requérant: Nom:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  NPA:  Lieu:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Assurance:	№ d'assurance.:		
Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Médecin requérant: Nom:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  NPA:  Lieu:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Advance Accuraur (Santiae de médecin conseil eu MC):	Complément d'adresse:		
Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Adresse Assureur (Service de medecin-conseir ou MC).	Complement d'adresse.		
Données médicales (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):  Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom:  Prénom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	NPA: Lieu:			
Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom: Prénom: Rue:  I.ieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:				
Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).  Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom: Prénom: Rue:  I.ieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Données médicales (strictement réservées à l'usage du médeci	n-conseil):		
Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):  Historique de la maladie:  Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom: Prénom: Rue: NPA: Lieu: EAMail: Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom: Prénom: Rue: NPA: Lieu: Tél. Fax: E-Mail: Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:		, ,		
Remarques, Informations complémentaires:  Médecin requérant: Nom: Prénom: Rue: NPA: Lieu: Tél. Fax: E-Mail: Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:	Historique de la maladie:			
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Médecin requérant: Nom: Prénom:  Rue: NPA: Lieu:  Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:				
Nom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Tél.  Fax:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Remarques, Informations complémentaires:			
Nom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Tél.  Fax:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:				
Nom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Tél.  Fax:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:				
Nom:  Rue:  NPA:  Lieu:  Tél.  Fax:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:				
Rue:  Tél.  Fax:  E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:				
Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:	Nom:	Prénom:		
Tél. Fax: E-Mail:  Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:	Duo:	Lious		
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Rue. NPA.	Lieu.		
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département:	Tél. Fax:	 E-Mail:		
Date:	Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	Département:		
Date:				
Date:				
	Date:			