

Fruzaqla® (Fruquintinib)

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

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.12.2027

FRUZAQLA est remboursé après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. FRUZAQLA est remboursé en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRM), qui ont été traités antérieurement par les traitements standards disponibles, comprenant les chimiothérapies à base de fluoropyrimidine, d'oxaliplatine et d'irinotécan, les agents anti-VEGF et, en présence d'un gène RAS de type sauvage, les agents anti-EGFR, et dont la maladie a progressé après traitement par trifluridine/tipiracil ou régorafénib ou qui ne tolèrent pas ce traitement.

Les critères suivants doivent être remplis:

- Echelle de performance ECOG 0-1

En cas de progression, le traitement ne sera plus remboursé.

Informations personnelles du patient/de la patiente:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le:	<input type="text"/>
Sexe:	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Assurance maladie:

<input type="text"/>	No d'assurance::	<input type="text"/>
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NPA:	Lieu:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Données médicales:

- La/le patient(e) souffre d'un carcinome colorectal métastatique.
- Diagnostic établi (MM/AAAA):
- Le statut de performance ECOG de 0-1 est confirmé.
- La/le patient(e) a reçu les thérapies standard disponibles (comprenant les chimiothérapies à base de fluoropyrimidine, d'oxaliplatine et d'irinotécan, un agent anti-VEGF et, en présence d'un gène RAS, un agent anti-EGFR). De plus, après le traitement par trifluridine/tipiracil ou régorafénib, la maladie a progressé ou le traitement n'est pas toléré.

Remarques/Compléments:

Médecin formulant la demande

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		