

# Keytruda® (Pembrolizumab)

## Traitement anticancéreux, requête urgente

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

Code de l'indication: 20416.01

Limitation (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.12.2024

### Valable pour toutes les indications remboursées:

Avant le début du traitement une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie doit être obtenue après consultation du médecin-conseil pour toutes les indications remboursées. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (20416.XX). Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie. Si un traitement de première ligne par Keytruda® a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, Keytruda® ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

### 1L NSCLC (monothérapie) KN024

(avec modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS)  $\geq 50\%$  sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.01

### Données personnelles du/de la patient/e

Nom:  Prénom:  Date de naissance:

sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

Assurance maladie:  Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

### Informations médicales

- Il s'agit d'un carcinome de type du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK.
- Statut PD-L1: Tumor Proportion Score (TPS)  $\geq 50\%$  validé par un test diagnostique.
- Il s'agit d'un traitement par Keytruda® de première ligne.

### Schéma thérapeutique et début du traitement prévus

- Keytruda® est administré sous la forme prescrite dans l'information professionnelle, c.-à-d. Keytruda® 200 mg toutes les 3 semaines.

Début prévu du traitement:

Compléments/remarques:

**Médecin requérant**

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:

Service:

Date:

Voir aussi [LS](#)