

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: 20416.04

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.

2L NSCLC (monothérapie) KN010

(avec modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1. Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.04

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 du type du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique.
- Statut PD-L1: Tumor Propotion Score (TPS) \geq 1% validé par test diagnostique.
- Il s'agit d'un-e patient-e traité-e antérieurement par une chimiothérapie.
- En cas d'une tumeur exhibant des aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK:
il s'agit d'un-e patient-e ayant reçu une thérapie autorisée pour le traitement contre ces aberrations.

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](#)