

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: 20416.06****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.

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054

(avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques >1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants: Selon l'AJCC, 7e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites). Selon l'AJCC, 8e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID. Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection. Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.06

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 traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques >1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome.

☐

Le traitement adjuvant avec Keytruda® doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Date de résection:

Selon l'AJCC, 7e édition, stade: ☐ IIIA (T3-4a N1a/N2a)☐ IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b)☐ IIICSelon l'AJCC, 8e édition, stade: ☐ IIIB☐ IIIC☐ IIID☐

Sans métastases en transit et sans [micro-]satellites

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](#)