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: 20416.07

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.

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045

(avec modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.07

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 urothélial localement avancé ou métastatique.
- Il s'agit d'un-e patient-e ayant été prétraité-e par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois.

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](#)