

# 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: 20416.08

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 Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

Keytruda® en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.08

### 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 épidermoïde récidivant ou métastatique de la tête et du cou (HNSCC) (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés).
- Statut PD-L1: expression de PD-L1 confirmée par des tests.
- Keytruda® est utilisé en association à une chimiothérapie à base de platine et de 5-fluorouracile (5-FU).
- Le/la patient-e n'a pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, à progression locorégionale ou métastatique ne pouvant faire l'objet d'un traitement curatif.

Schéma thérapeutique et début du traitement prévus

- Keytruda® est administré en association à une chimiothérapie à base de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) sous la forme prescrite dans l'information professionnelle, c.-à-d. Keytruda® 200 mg toutes les trois semaines, carboplatine AUC 5 mg/ml/min toutes les 3 semaines ou cisplatine 100 mg/m<sup>2</sup> toutes les 3 semaines et 5-FU 1000 mg/m<sup>2</sup>/j pendant 4 jours en continu toutes les 3 semaines (au maximum 6 cycles de platine et de 5-FU).

Début prévu du traitement combiné:

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](#)