

# 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: 20416.10

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.

### Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) chez les patients adultes KN204

(avec modèle de prix)

En monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints de lymphome hodgkinien classique (cHL) récidivant ou réfractaire, dans le cas où une transplantation autologue ou allogène de cellules souches ne constitue pas une option thérapeutique

- soit chez des patients ayant déjà reçu au moins deux traitements préalables
- ou soit chez des patients chez lesquels une chimiothérapie n'est pas applicable ou n'est pas tolérée de façon avérée.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.10

### 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

- On est en présence d'un lymphome hodgkinien classique (LHC) récidivant ou réfractaire.
- Une transplantation de cellules souches (TCS) autologues ou allogéniques ne constitue pas une option thérapeutique.

Le patient remplit en outre une des deux conditions suivantes:

- la patiente/le patient a reçu au moins deux traitements préalables
- OU: une chimiothérapie n'est pas applicable chez le patient ou il est avéré qu'il ne la tolère pas.

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](#)