

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: 20416.11

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 des patients pédiatriques KN051

(mit Preismodell(avec modèle de prix)

Monothérapie dans le traitement du cHL récidivant ou réfractaire chez les patients pédiatriques pour lesquels aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible. Pour les patients pédiatriques dont le poids corporel est ≤ 50 kg, un emballage de KEYTRUDA 2 flacons chaque 2 cycles de traitement est remboursé.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.11

** Keytruda® remis sous la forme prescrite dans l'information professionnelle, est administré chez les patients pédiatriques âgés de 3 ans et plus atteints de LHc à la dose de 2 mg/kg (jusqu'à 200 mg au maximum) toutes les 3 semaines.

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

- Patient pédiatrique (date de naissance: voir données personnelles du patient).
- On est en présence d'un lymphome hodgkinien classique (LHc) récidivant ou réfractaire.
- Aucune option thérapeutique satisfaisante n'est disponible pour le patient.

Schéma thérapeutique et début du traitement prévus

- Keytruda® remis sous la forme prescrite dans l'information professionnelle, est administré chez les patients pédiatriques âgés de 3 ans et plus atteints de LHc à la dose de 2 mg/kg (jusqu'à 200 mg au maximum) toutes les 3 semaines.

Poids du patient:

Posologie prévue:

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](#)