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: 20416.12

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.

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

Keytruda® en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
- qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récurrence après une greffe.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.12

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 lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL)..
- Le/la patient-e a déjà reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab.
- Le/la patient-e n'entre pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou n'a pas subi de récurrence après une greffe.
- Le/la patient-e ne nécessite pas un traitement cytoréducteur en urgence.

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](#)