

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: 20416.14

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.

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164 (avec modèle de prix)

Keytruda® en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.14

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 colorectal non résécable ou métastatique (CRC).
- Statut MSI-H / dMMR: statut MSI-H ou dMMR confirmé par test.
- Keytruda® est utilisé après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine associé à l'irinotécan ou à l'oxaliplatine.
- Le/la patient-e n'a pas reçu de traitement antérieur par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes.
- Le/la patient-e n'a pas reçu de chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni de radiothérapie 2 semaines auparavant.

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](#)