

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: 20416.17

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.

Cancer du sein triple négatif (TNBC) localement récidivant, non résécable ou métastatique (en association à une chimiothérapie) KN355

(avec modèle de prix)

Keytruda®, en association à une chimiothérapie, pour le traitement du cancer du sein triple négatif, localement récidivant, non résécable ou métastatique chez les adultes dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS ≥ 10 et qui n'ont pas reçu de chimiothérapie antérieure pour la maladie métastatique.

- Si les patients ont été précédemment traités par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant: avec traitement préalable à base d'antracycline, sauf si celui-ci était contre-indiqué.
- sans traitement avec des inhibiteurs de point de contrôle au cours des 12 derniers mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: 20416.17

Données personnelles de la patient/e

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

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 de type cancer du sein triple négatif localement récidivant, non résécable ou métastatique.
- Statut PD-L1: Combined Positive Score (CPS) ≥ 10 validé par test diagnostique.
- Il s'agit d'une thérapie avec Keytruda® en association avec une chimiothérapie.
- Il s'agit d'une patiente sans traitement avec des inhibiteurs de point de contrôle au cours des 12 derniers mois.

La patiente remplit également une des trois conditions suivantes:

- La patiente n'a pas été traitée par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant.
- La patiente a été traitée par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant avec une thérapie préalable à base d'antracycline.
- La patiente a été traitée par voie systémique dans le cadre d'un traitement (néo)adjuvant sans une thérapie préalable à base d'antracycline dû à une contre-indication à l'antracycline.

Schéma thérapeutique et début du traitement prévus

- Keytruda® est administré en association avec une chimiothérapie sous la forme prescrite dans l'information professionnelle, c.-à-d. Keytruda® 200 mg toutes les 3 semaines respectivement en association au nab-paclitaxel 100 mg/m² (jours 1, 8 et 15 tous les 28 jours), ou au paclitaxel 90 mg/m² (jours 1, 8 et 15 tous les 28 jours), ou à la gemcitabine 1000 mg/m² et au carboplatine ASC 2 mg/ml/min (jours 1 et 8 tous les 21 jours).

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](#)