

LENALIDOMID SANDOZ® (Lenalidomid) Traitement du cancer, demande urgente

Demande de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil

Limitatio: Limitatio (Auszug, limitation complète voir LS):

(code d'indication: 21312.01)

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par LENALIDOMID SANDOZ, jusqu' à la progression ou l'intolérance

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Diagnostic (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

Pour le traitement des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par LENALIDOMID SANDOZ, jusqu' à la progression ou l'intolérance

combinaison thérapeutique prévue: avec la dexaméthasone avec le melphalan et la prednisone

Situation actuelle et description du traitement prévu:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

Date: