

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

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

Limitatio (extrait, limitation complète voir LS): Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022

- **L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)** Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches. (code d'indication 21312.05)
- **L'association de LENALIDOMID SANDOZ avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)** Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone. (code d'indication 21312.06)

## 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):

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple non préalablement traité

Le traitement est en association avec le bortezomib e la dexaméthasone.

Induction avant la greffe de cellules souches  Sans la greffe de cellules souches

Dosage prévu selon l'information professionnelle:

Compléments/Remarques:

## 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: