

LENALIDOMID-TEVA® (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):**

(code d'indication: 21379.02)

- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone

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. Le traitement est en association avec la dexaméthasone.

Précédent traitement:

Quel(s) médicaments(s)?	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: