

**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: