

# 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):** Limitation limitée jusqu'au 30.06.2025

( code d'indication 21379.09)

**L'association de LENALIDOMID-TEVA avec ixazomib et la dexaméthasone.** Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, LENALIDOMID-TEVA en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour del[17], t[4;14], t[14;16] ou 1q21] ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables. Si la maladie progresse ou si des signes de toxicité inacceptables apparaissent, le traitement par LENALIDOMID-TEVA doit être interrompu.

### 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):

- Patients adultes atteints de myélome multiple récidivant qui ont reçu au moins un traitement antérieur et présentent des caractéristiques à haut risque
- del[17], t[4;14], t[14;16] ou 1q21  stade ISS III
- Patients adultes atteints de myélome multiple qui ont reçu au moins deux traitements antérieurs.

En ce qui concerne les thérapies précédentes :

Médicament ou substance:	Nombre de cycles:	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"/>	<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: