

# MVASI® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

**Indication: Glioblastome**

**Limitatio (extrait):** Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, en monothérapie pour le traitement de deuxième ligne des patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolamide. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie. **Code d'indication: 21084.7.**

## 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 et information sur le traitement:

Le patient ou la patiente présente un glioblastome récidivant de grade IV selon l'OMS. Une monothérapie est prévue après un traitement préalable par le témozolamide.

| Précédent traitement:<br>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"/>           |

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: