

MVASI® (Bevacizumab)**Traitement du cancer, demande urgente****Demande de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil****Indication: Carcinome colorectal**

Limitatio (extrait): Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique, en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX). En cas de prescription médicale appropriée, MVASI est remboursé jusqu'à progression de la maladie. Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de deuxième ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine et qui ont été traités antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, MVASI est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

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 cancer métastatique du côlon ou du rectum et doit recevoir un traitement par MVASI.Comme : traitement de première ligne en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX). traitement de deuxième ligne en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine, après traitement antérieur par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bevacizumab.

Si comme traitement de deuxième ligne, description de la thérapie antérieure:

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"/>

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: