

Opdivo® (Nivolumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

Indication: Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC). Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

Limitatio (LS): En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie. La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:	Prénom:	né(e) le:	Sexe:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂
Rue:	Complément d'adresse:	Taille (cm):	Poids (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA:	Lieu:	Assurance-maladie:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro d'assuré(e):		Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Complément d'adresse:		NPA:	Lieu:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil): diagnostic:

Patiente/patient avec un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie.

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Chimiothérapie précédente:

Traitement prévu Opdivo® (posologie recommandée selon l'information professionnelle: 240 mg toutes les 2 semaines):

Début planifié du traitement avec Opdivo®:

Compléments/Remarques:

Médecin requérant:

Nom:	Prénom:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue:	NPA:	Lieu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date:		
<input type="text"/>		