

Opdivo® (Nivolumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Indication: Carcinome à cellules rénales (CCR). Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

Limitatio (LS): En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique. 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 seront traités jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité intolérable. Les patients cliniquement stables avec des indices de progression peuvent poursuivre le traitement jusqu'à ce confirmation de la progression. Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 31,77% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration. 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 carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Thérapie(s) anti-angiogénique(s) antérieure(s):

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"/>
Exercant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date:		
<input type="text"/>		