

# Opdivo® (Nivolumab)

## traitement anticancéreux, requête urgente

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

**Indication: Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC).** 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 épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine. 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. Pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou, 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, 4,75% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CETC. 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:	<b>Assurance-maladie:</b>	
<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 épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine.

Diagnostic(s) supplémentaire(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:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date: