

Opdivo® (Nivolumab)

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

Indication: Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/ MSI-H. Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

Limitatio (extrait): Monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine. 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. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil. (LS).

Données du patient:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

La patiente/le patient est atteintes/atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

Traitement(s) précédent:

Quel(s) médicament(s)?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Début planifié du traitement avec Opdivo® (240 mg toutes les 2 semaines):

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: