

# Opdivo® (Nivolumab)

## traitement anticancéreux, requête urgente

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

**Indication: Lymphome de Hodgkin classique (Lhc).** Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

**Limitatio (LS):** En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologue (GCSA) et traitement par brentuximab védotine. 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 lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 4,75% du prix de fabrique par paquet LHC ou par mg d'OPDIVO® effectivement administré. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. 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 lymphome de Hodgkin classique (LHC) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologue (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

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: