

Opdivo® (Nivolumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Indication: Traitement du mélanome en combinaison avec Yervoy. Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

Limitatio (LS): En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: YERVOY à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus. Pour la phase de traitement combiné, Bristol-Myers Squibb SA rembourse la caisse maladie, à la demande de la caisse maladie à laquelle la personne assurée est inscrite au moment de la visite, pour chaque patient, Fr. 5'690.34 par cycle combiné avec 3 mg/kg YERVOY manifestement administré. 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. Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale 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 mélanome avancé (non résecable ou métastatique).

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Yervoy est administré en combinaison avec Opdivo sous la forme prescrite par la limitation (et l'information professionnelle). A savoir: Yervoy max. 3mg/kg du poids corporel combiné avec Opdivo max. 1mg/kg du poids corporel toutes les 3 semaines pour un maximum de 4 cycles. Le traitement suivant avec Opdivo en monothérapie est prévu à la dose de 240 mg toutes les 2 semaines.

Pour la phase de traitement combiné:

Opdivo, nombre de flacons à 40 mg/4 ml Nombre de flacons à 100 mg/10 ml :

Yervoy, nombre de flacons à 50 mg/10 ml: Nombre de flacons à 200 mg/40 ml :

Une fois les cycles de traitement combiné terminés, la thérapie se poursuit en monothérapie avec Opdivo (240 mg).

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: