

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Traitement du cancer, demande urgente

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

**Limitatio (extrait, limitation complète voir LS):** Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024 (code d'indication 18541.07)

**L'association de REVLIMID avec carfilzomib et la dexaméthasone.** Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

### Données du patient / de la patiente:

Nom:  Prénom:  né(e) le:

Sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Assurance-maladie:**  Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

### Diagnostic (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple récidivant. Le traitement est en association avec carfilzomib et la dexaméthasone.

### Précédent traitement:

| Quel(s) médicaments(s)? | du (MM/JJJJ)         | au (MM/JJJJ)         | Information relatif à l'effet: |
|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           |

Compléments/Remarques:

### Médecin demandeur:

Nom:  Prénom:

Adresse:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tél.:

Fax:  E-Mail:

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

Date: