

# 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 31.12.2023 (code d'indication 18541.10)

**L'association de REVLIMID avec le daratumumab et la dexaméthasone.** Après accord de la prise en charge des frais par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil. REVLIMID est remboursé en association avec le daratumumab et la dexaméthasone pour le traitement de patients atteints de myélome multiple ayant reçu au moins une ligne de traitement antérieure. Uniquement jusqu'à la 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 prétraité. Le traitement est en association avec daratumumab 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: