

Rybrevant® (Amivantamab)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

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

Seulement pour l'indication 2L monothérapie CBNPC avec mutation EGFR par insertion dans l'exon 20

Limitatio (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.12.2027

RYBREVANT est remboursé en monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un carcinome bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ou non résécable, présentant des mutations activatrices par insertion dans l'exon 20 du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR), chez lesquels la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie contenant du platine.

Le code de l'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **21390.01**

Données du patient / de la patiente:

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Sexe:

☐ ♀☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

No de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales:

☐

Le/la patient(e) souffre d'un carcinome bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ou non résécable, présentant des mutations activatrices du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) par insertion dans l'exon 20. La maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie contenant du platine.

Bref résumé de la thérapie suivie jusqu'à présent:

Compléments/remarques:

Début prévu de la thérapie avec Rybrevant® (MM/AAAA):

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: