

Rybrevant® (Amivantamab)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

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

Indication: Thérapie en combinaison 2L CBNPC EGFR par délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21

Limitatio (extrait): Limitation limitée jusqu'au 31.12.2026

RYBREVANT est remboursé en combinaison avec le carboplatine et le pémétréxed pour le traitement des patients adultes atteints d'un CBNPC non épidermoïde localement avancé ou métastatique avec des mutations du gène de l'EGFR par délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21, chez lesquels la maladie a progressé pendant ou après un traitement par Osimertinib.

Le code de l'indication suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **21390.02**

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 CBNPC non épidermoïde localement avancé ou métastatique avec des mutations du gène de l'EGFR par délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21.

☐

Progression de la maladie pendant ou après traitement par osimertinib.

☐

Une thérapie en combinaison avec le carboplatine et le pémétréxed est prévue.

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: