

# Stivarga® (Regorafenibum)

## traitement anticancéreux, requête urgente

**Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil pour l'indication: carcinome hépatocellulaire (CHC)**

**Selon la limitatio les critères de traitement suivants doivent être remplis pour toutes les indications :**

- performance status ECOG 0 – 1
- fonction hépatique, fonction rénale et fonction de la moelle osseuse adéquate

**Limitation (extrait, concernant l'indication CHC):**

Traitement de patients souffrant d'un carcinome hépatocellulaire traités auparavant par le sorafénib et répondant, en plus des critères mentionnés ci-dessus valides pour toutes les indications, aux critères suivants :

- progression radiologique documentée au cours d'un traitement antérieur par le sorafénib
- tolérance au traitement antérieur par le sorafénib
- en présence d'une cirrhose hépatique, uniquement si la fonction hépatique est conservée (max. Child Pugh A). ([Link SL](#))

### Données du patient:

Nom:  Prénom:  Date de naissance:

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:

### Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil) Indication: HCC:

Progression radiologique documentée au cours d'un traitement antérieur par le sorafénib:  Oui  Non

Progression diagnostiquée avec scanner CT ou autres procédures radiologiques, à savoir

Tolérance au traitement antérieur par le sorafénib  Oui  Non Performance status ECOG actuel:

Fonction adéquate del la moelle osseuse et du rein:  Oui  Non

En présence de cirrhose Child-Pugh Statut A:  pas de cirrhose hépatique  Child-Pugh A  Child-Pugh B/C

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: