

Tagrisso® (Osimertinib)

traitement anticancéreux, requête urgente

Limitatio voir [LS](#)

Données du patient / de la patiente:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né(e) le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<input type="text"/>	N° d'assurance:	<input type="text"/>		
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC):	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

A: En tant que thérapie de première ligne selon le imitatio

Diagnostic: Patient(e) souffrant d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique avec une mutation de l'EGFR

Type de mutation: Déletion de l'exon 19 Substitution L858R de l'exon 21

B: En tant que thérapie de deuxième ligne selon le limitatio:

Diagnostic: cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique avec mutation T790M de l'EGFR.

qui a connu une progression de la maladie pendant

après une thérapie avec un ITK de l'EGFR

Pour le(s) traitement(s) préalable(s) (en cas d'utilisation de Tagrisso® en deuxième ligne):

Quels médicaments / dosage?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Début prévu du traitement par Tagrisso® (MM/AAAA):

Remarques/Compléments:

Médecin requérant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				