

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

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

Indication: Cancer du sein RH+/HER2- (HER2-: IHC 0, 1+, 2+/ISH-)

Limitatio (extrait):

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2026 (avec modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du sein positif au récepteur hormonal (RH+), négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-), non résécable, localement avancé ou métastatique, qui ont reçu un traitement endocrinien en association avec un inhibiteur de CDK4/6, indépendamment du stade de la maladie et au moins deux lignes de chimiothérapie systémique au stade métastatique, et qui ont montré une progression de la maladie lors du dernier traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: **21290.02**

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, Patient(e)

- présente un cancer du sein positif au récepteur hormonal (RH+), négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-), non résécable, localement avancé ou métastatique.
- a reçu un traitement endocrinien en association avec un inhibiteur de CDK4/6 (indépendamment du stade de la maladie).
- a reçu au moins deux lignes de chimiothérapie systémique au stade métastatique et présente une progression de la maladie.

Traitement(s) précédent(s):

Quels médicament(s)?	du (MM/AAAA)	au (MM/AAAA)	Informations sur l'efficacité:
Thérapie(s) endocrinienne(s) & inhibiteur de CDK4/6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Chimiothérapie (métastatique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Chimiothérapie (métastatique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre(s) thérapie(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments/remarques:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date

(Voir aussi [Liste des spécialités](#))