

Limitatio: Venclyxto est indiqué **en association avec le rituximab** pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur. Le traitement (incluant au maximum 6 cycles de rituximab) est remboursé pendant une durée maximale de 24 mois + 5 semaines (durée du traitement conformément à l'information professionnelle). Aucun autre traitement médicamenteux anti-LLC n'est remboursé jusqu'à l'apparition d'une progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023 (extrait): **En monothérapie** pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B. Le traitement sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable. **Dans les deux cas: Le traitement exige une garantie de prise en charge par l'assureur maladie**, après consultation préalable du médecin conseil. Voir aussi [LS](#).

Données du patient/de la patiente:

Nom: Prénom: Né(e) le:

sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance.:

Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destinées exclusivement du médecin-conseil).

- Il s'agit d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC). Traitement demandée:
 A: Venclyxto en **association** avec le Rituximab

Si applicable (traitement combiné): informations relatives au traitement antérieur: médicament (substance active), efficacité ou intolérance:

- B:** Venclyxto en **monothérapie**
 Patient/(e) avec une délétion 17p **ou** une mutation *TP53*
 Patient/(e) en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B (BCRi)

Indication du BCRi sous lequel un échec thérapeutique a été observé:

Evolution jusqu'a présent et état actuel:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

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

Date: