

Yervoy® (Ipilimumab)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

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

Limitatio: Traitement des mélanomes avancés (non résécables ou métastatiques) chez l'adulte. La posologie maximale est de 3 mg/kg de poids corporel. Quatre doses au plus de YERVOY 3 mg/kg sont remboursées. Le traitement de réinduction par YERVOY n'est pas remboursé. L'assurance-maladie doit prendre en charge les frais du traitement après l'approbation suivant la consultation par un médecin-conseil.

Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né le:	<input type="text"/>	m	f
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 (uniquement destiné au médecin-conseil):

J'atteste qu'il s'agit du traitement d'un mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez un adulte pour qui une thérapie systémique est nécessaire.

Compléments:

Thérapie prévue avec Yervoy® (dose: 3mg/Kg)

Poids du patient (kg):	<input type="text"/>	Dose nécessaire (mg):	<input type="text"/>
Nombre de flacon-ampoules nécessaires à 50mg/10ml	<input type="text"/>	ou à 200mg/40ml	<input type="text"/>

Médecin formulant la demande:

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:.....

Timbre et signature:.....