

Zirabev® (Bevacizumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Indication: Carcinome mammaire

Limitatio (Extrait): Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21090.04.**

Données personnelles de la patiente:

Nom: Prénom: née le:

pooids kg Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales:

La patiente est atteinte d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique. Le traitement de première ligne est effectué en association avec le paclitaxel.

Posologie (selon l'information professionnelle): 10 mg/kg de poids corporel toutes les deux semaines ou 15mg/kg de poids corporel toutes les trois semaines.

Compléments, remarques:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-mail:

Si exerçant à l'hôpital, ajouter le nom de l'hôpital: Département:

Date: