

Zirabev® (Bevacizumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Indication: Glioblastome

Limitatio (Extrait) Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, en monothérapie pour le traitement de deuxième ligne des patients avec récurrence de glioblastome (grade IV selon l'OMS) après un traitement préalable par le témozolimide. En cas de prescription médicale appropriée, Zirabev est remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Le code d'indication suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **21090.07**.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: né(e) le:

sexe: ♀ ♂ 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 ou le patient souffre d'une récurrence de glioblastome de grade IV selon l'OMS. Une monothérapie est prévue après un traitement préalable par le témozolimide.

Pour le traitement préalable:

Quel(s) médicament(s)?	de (mm/aaaa)	à (mm/aaaa)	Informations sur l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments, remarques:

Médecin requérant:

Nom: Prénom:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tel.:

Fax: E-mail:

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

Date: