

Abraxane® (nab-Paclitaxel) Demande urgente: Traitement anticancéreux

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

Pour le traitement du cancer du sein métastatique

Limitatio: Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Traitement du cancer du sein métastatique suite à l'échec d'une chimiothérapie ou à une récurrence se produisant dans les 6 mois suivant une chimiothérapie adjuvante. Un anthracycline doit avoir été inclus au traitement préalable, sauf en présence d'une contre-indication. Le traitement doit être administré à titre de monothérapie. Toute combinaison avec des produits biologiques ou un traitement antihormonal n'est pas possible. Abraxane ne doit pas être utilisé à titre d'alternative à d'autres formulations de paclitaxel, sauf si le traitement avec d'autres formulations de paclitaxel est inadapté.

Données du patient:

Nom: Prénom: né 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 au médecin-conseil):

Il s'agit d'un traitement par Abraxane® pour un cancer du sein métastatique

- suite à l'échec d'une chimiothérapie, ou
 suite à une récurrence se produisant dans les 6 mois suivant une chimiothérapie adjuvante:

Description de la chimiothérapie précédente / de la chimiothérapie adjuvante:

Au sujet du traitement précédent: Une anthracycline a-t-elle été incluse? Oui Non

Si non: pourquoi pas?

Abraxane® sera-t-il administré avec un produit biologique ou une thérapie anti-hormonale? Oui Non

D'autres formulations de paclitaxel sont inadaptées à cause de:

Médecin formulant la demande:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date:

Timbre et signature:.....