

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Indication: Carcinome colorectal

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 patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique, en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX). En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à progression de la maladie. 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 deuxième ligne des patients atteints d'un carcinome colorectal métastatique en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine et qui ont été traités antérieurement par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bévacizumab. En cas de prescription médicale appropriée, Bevacizumab-Teva est remboursé jusqu'à la progression de la maladie.

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Diagnostic (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

La patiente/le patient souffre d'un cancer métastatique du côlon ou du rectum et doit recevoir un traitement par Bevacizumab-Teva.

Comme : traitement de première ligne en association avec 5-fluorouracile/acide folinique, 5-fluorouracile/acide folinique/irinotécan ou capécitabine/oxaliplatine (XELOX).

traitement de deuxième ligne en association à un schéma de chimiothérapie à base d'irinotécan ou d'oxaliplatine, après traitement antérieur par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine ou d'irinotécan avec ou sans bevacizumab.

Si comme traitement de deuxième ligne, description de la thérapie antérieure:

Précédent traitement:

Quel(s) médicaments(s)?	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: