

# Lonsurf® (Trifluridine/Tipiracil)

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

**Limitatio:** Uniquement après accord de prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil: pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal (CCR) métastatique qui ont déjà reçu une chimiothérapie à base de fluoropyrimidines, d'oxaliplatine et/ou d'irinotécan, un traitement anti-VEGF ou – chez les patients porteurs d'un gène KRAS de type sauvage – un traitement anti-EGFR et qui remplissent les critères suivants:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- Fonction hépatique, fonction rénale et nfs (numération formule sanguine) adéquates

En cas de progression, il convient d'interrompre le traitement par Lonsurf

### Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né le:	<input type="text"/>
sexe:	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	Rue:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
<b>Assurance:</b>		N° d'assurance::			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Adresse Assureur (Service de médecin-conseil ou MC)		Complément d'adresse:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil)

Traitement préalable du mCRC:	<input type="checkbox"/>	chimiothérapie à base de Fluoropyrimidine-, d'oxaliplatine- et/ou d' irinotécan	
<input type="checkbox"/>	anti-VEGF	<input type="checkbox"/>	anti-EGFR ( en cas de KRAS de type sauvage)
Performance Status ECOG	<input type="text"/>	fonctions hépatique, rénale et nfs (numération formule sanguine) adéquates	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
ligne de traitement prévue:	<input type="radio"/> Deuxième ligne	<input type="radio"/> troisième ligne ou plus	

Remarques/compléments:

### Médecin requérant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tél.:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date:	<input type="text"/>		

Timbre/Signature:.....