

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Traitement du cancer, demande urgente

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

**Limitatio (extrait, limitation complète voir LS):**

(code d'indication: 18541.02)

- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone

### 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 myélome multiple. Le traitement est en association avec la dexaméthasone.

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"/>
<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:

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

Date: