

# Tagrisso® (Osimertinib)

## traitement anticancéreux, requête urgente

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

**Limitatio:** Limitation limitée jusqu'au 31.07.2020. Pour le traitement de patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique, avec mutation EGFR T790M (EGFR: epidermal growth factor receptor) et qui a progressé pendant ou après un traitement par un ITK-EGFR. Le traitement par TAGRISSO doit être arrêté en cas de progression avérée de la maladie. TAGRISSO ne doit pas être associé à d'autres thérapies pour le traitement de tumeurs pulmonaires. Une garantie de prise en charge des frais doit être requise auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Siehe auch [SL](#).

#### Données du patient:

Nom:  Prénom:  Date de naissance:

Sexe:  ♀  ♂ Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Taille (cm):  Poids (kg):

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

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

NPA:  Lieu:

**Diagnostic:**  cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique, avec mutation EGFR T790M (EGFR: epidermal growth factor receptor)

et qui a progressé  pendant  après un traitement avec un ITK-EGFR

Stade TNM:

Remarques, informations complémentaires:

#### Médecin requérant:

Nom:  Prénom:

Adresse:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

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

Date: