

**Talzenna®** (talazoparib) Demande de prise en charge à l'att. du médecin-conseil Limitatio voir [LS](#)

**Données de la patiente:**

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

**Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):**

- La patiente est atteinte d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique HER2 négatif et présentant une mutation germinale BRCA délétère avérée ou soupçonnée.
- Le cancer du sein n'a pas de caractère inflammatoire actif.
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de PARP n'a eu lieu.

La patiente est:

- HR+Her2-
- HR-Her2-(triple negative)

Date du diagnostic (MM, AAAA):

Veuillez **répondre** si la patiente est atteinte d'un cancer du sein **HR positif**:

- a montré une progression sous traitement endocrinien
- était non éligible à un traitement endocrinien. Pourquoi:

À propos du traitement préalable par un taxane et/ou une anthracycline:

Quel médicament (+ n <sup>bre</sup> de cycles)?	de (MM/AAAA)	à (MM/AAAA)	Informations concernant l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Traitement non effectué en raison des contre-indications suivantes:

À propos d'autres chimiothérapies préalables:

Quel médicament (+ n <sup>bre</sup> de cycles)?	de (MM/AAAA)	à (MM/AAAA)	Informations concernant l'efficacité:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la patiente a reçu une chimiothérapie à base de platine:

- Dans le cadre d'un traitement néoadjuvant ou adjuvant: aucune récurrence dans les 6 mois après la dernière dose de platine
- Dans le cadre d'un cancer localement avancé et/ou métastatique: pas de progression objective

Compléments/Remarques:

**Médecin requérant:** Médecin spécialiste en gynécologie Médecin spécialiste en oncologie

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-mail:

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

Département:

Date:

**Limitatio (extrait):** Limitation limitée jusqu'au 31.05.2026

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour la monothérapie chez des patients adultes atteints d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique HER2 négatif et présentant une mutation germinale BRCA délétère avérée ou soupçonnée, lorsque toutes les conditions énumérées ci-dessous sont remplies:

- Le cancer du sein n'a pas de caractère inflammatoire actif.
- Les patients ont reçu un traitement préalable par un taxane et/ou une anthracycline dans une situation néoadjuvante, adjuvante ou localement avancée/métastatique (sauf en présence d'une contre-indication documentée). Les patients souffrant d'un cancer du sein HR positif doivent avoir développé une progression sous traitement endocrinien antérieur ou être considérés comme non éligibles à un traitement endocrinien.
- Les patients ont reçu au maximum 3 protocoles de chimiothérapie préalables pour le traitement de leur cancer localement avancé et/ou métastatique.
- Les patients ayant reçu une chimiothérapie à base de platine dans le cas d'un traitement néoadjuvant ou adjuvant n'ont présenté aucune récurrence dans l'espace de 6 mois après la dernière dose de platine. Les patients n'ont pas présenté de progression objective pendant une chimiothérapie à base de platine normalement dosée, administrée pour le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique.
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de PARP n'a eu lieu.

Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Un traitement au-delà de 24 mois présuppose la présence d'une tumeur résiduelle mesurable.