

# XOSPATA™ (Gilteritinib)

## Traitement du cancer, demande urgente

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

**Limitatio (extrait):** Limitation limitée jusqu'au 31.05.2026. Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Seulement pour le traitement des patients adultes souffrant de leucémie myéloïde aiguë (LMA) récidivante ou réfractaire avec des mutations de la tyrosine kinase 3 (FLT3) de type FMS. Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie. Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21103.01

### 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:

### Données médicales:

Le/la patient/e souffre d'une LMA réfractaire avec mutation/s FLT3  Oui  Non

Le/la patient/e souffre d'une LMA récidivante avec mutation/s FLT3  Oui  Non

### Traitement antérieurs et état actuel:

### Compléments/Remarques:

### Médecin demandeur:

Médecin spécialiste en hématologie  Médecin spécialiste en oncologie médicale

Nom:  Prénom:

Adresse:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tél.:

Fax:  E-Mail:

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

Date: