

Demande de prise en charge

Limitatio: IRESSA est indiqué chez les adultes dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique avec mutations activatrices de l'EGFR-TK.

Informations patient(e):

Nom: Prénom: né(e) le:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC) Complément d'adresse:

NPA Lieu:

Données médicales:

Patient(e) souffrant d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique avec mutations activatrices de l'EGFR-TK.

Remarques, informations complémentaires:**Médecin traitant:**

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél. Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital, le nom de l'hôpital: **Département:**

Date:.....

Timbre et signature:.....