

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

**Limitatio:** Pour le traitement en association avec 5-fluorouracile, acide folinique et irinotécan (FOLFIRI) chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (mCRC) résistant ou ayant progressé après une chimiothérapie à base d'oxaliplatine. En cas de progression, le traitement avec ZALTRAP doit être interrompu. Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.

**Données du patient:**Nom:  Prénom:  né 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 (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):** Le patient a déjà été traité par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine du:  (jj/mm/aaaa)au:  (jj/mm/aaaa) La progression de la maladie ou la résistance au traitement à base d'oxaliplatine a été diagnostiquéele:  (jj/mm/aaaa)sur la base de:  Clinique  Imagerie médicale**Remarques, informations complémentaires:****Médecin formulant la demande**Nom:  Prénom: Rue:  NPA:  Lieu: Tél.  Fax:  E-Mail: **Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:****Département:**

Date:.....

Timbre et signature:.....