

Imfinzi™ (Durvalumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Limitatio: Comme monothérapie après approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé et non résécable de stade III confirmé par des analyses histologiques ou cytologiques, dont la maladie n'a pas progressé après une chimiothérapie définitive à base de platine. Les patients cliniquement stables avec une progression comme résultat initial peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de l'affection. La condition pour la thérapie est une pré-thérapie avec ≥ 2 cycles de chimiothérapie à base de platine plus une radiothérapie concomitante, âge ≥ 18 ans ainsi qu'une espérance de vie résiduelle estimée à ≥ 12 semaines. La durée de la thérapie est limitée à 12 mois. (Voir aussi [LS](#)).

Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Date de naissance:	<input type="text"/>
Sexe:	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>	Taille (cm):	<input type="text"/>
				Poids (kg):	<input type="text"/>
Assurance-maladie:	<input type="text"/>	Numéro d'assuré(e):	<input type="text"/>		
Assurance-maladie:	<input type="text"/>	Numéro d'assuré(e):	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil): diagnostic:

- La patiente / le patient est atteint(e) d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé et non résécable de stade III confirmé par des analyses histologiques ou cytologiques.
- La patiente / le patient est âgé/e ≥ 18 ans avec une espérance de vie résiduelle estimée à ≥ 12 semaines.
- Une radiochimiothérapie avec ≥ 2 cycles de chimiothérapie à base de platine a été effectuée et achevée.
- La maladie n'a pas progressé après l'achèvement de la radiochimiothérapie.

Sur l'utilisation d'Imfinzi™:

Dose demandée en milligrammes (recommandation 10 mg/kg; administration toutes les 2 semaines):

Début planifié de la thérapie avec Imfinzi™:

Compléments/Remarques:

Médecin requérant:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: