

ERLEADA® (apalutamide)**Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil**

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.10.2025. Après prise en charge des frais par l'assureur-maladie à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil. ERLEADA est remboursé en association avec un traitement par privation androgénique (ADT) dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique et hormonosensible (mHSPC). Voir aussi [L.S.](#)

Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Né le:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance:	<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 (strictement réservées à l'usage du médecin-conseil):

Le patient présente un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).

Début prévu du traitement par ERLEADA (MM/AAAA):

Historique de la maladie:

Remarques, Informations complémentaires:

Médecin requérant:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>		
Rue:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>	Département:	<input type="text"/>		
Date:	<input type="text"/>				