

# Rybrevent® (Amivantamab)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

## Demande de garantie de prise en charge des coûts à l'att. du médecin-conseil

**Limitatio (extrait):** Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin conseil.

RYBREVANT est indiqué en monothérapie pour traiter les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules (CBNPC) métastatique ou non résécable, présentant des mutations d'insertion activatrices dans l'exon 20 du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) et dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie contenant du platine. Le traitement par RYBREVANT se poursuit jusqu'à progression de la maladie. Des modèles de prix existent pour RYBREVANT. Janssen-Cilag AG informera à la première demande l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement.

### Données du patient:

Nom:  Prénom:  Né(e) le:

sexe:  ♀  ♂ 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 est atteint/e d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC). Statut: progression pendant ou après une chimiothérapie à base de platine.

Typ de mutation  EGFR Exon 20 Insertion

Résumé de la thérapie antérieure:

Remarques:

Date planifiée pour l'initiation du traitement par Rybrevent® (MM/AAAA):

### Médecin requérant

Nom:  Prénom:

Rue:  NPA:  Lieu:

Tél.  Fax:  E-Mail:

S'il s'agit d'un hôpital, ajouter son nom:  Service:

Date: