

# ADCetris® (Brentuximab Vedotin)

## Traitement du cancer, demande urgente

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

**Limitatio:** Pour une durée de traitement maximale de 16 cycles après obtention de la garantie de prise en charge des frais par l'assurance maladie, après évaluation par le médecin-conseil.

Pour le traitement du lymphome hodgkinien (LH) CD30 positif, récidivant ou réfractaire, après une greffe autologue de cellules souches (ASCT) ou après au moins deux traitements antérieurs quand l'ASCT n'est pas une option de traitement, et pour le traitement du lymphome anaplasique à grandes cellules systémique (LAGCs) récidivant ou réfractaire (après chimiothérapie ou ACST).

Le médecin traitant est responsable de tenir à jour et d'enregistrer les données demandées dans le registre indiqué, disponible sous <http://www.lymphomaregistry.ch>. Le patient doit signer une lettre de consentement. Les données suivantes doivent être enregistrées:

1) année de naissance, sexe et poids du patient, indication thérapeutique (LH ou LAGCs) et traitements antérieurs du LH ou du LAGCs, 2) date d'utilisation, dosage et nombre d'ampoules d'ADCetris utilisées par cycle, traitements complémentaires et date de fin du traitement.

### Données du patient / de la patiente:

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

### Assurance-maladie:

Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

### Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Lymphome de Hodgkin (HL)

Etat:

réfractaire/récidivant

après une autogreffe de cellules souches

Lymphome anaplasique systémique  
à grandes cellules (sALCL)

Etat:

réfractaire

récidivant

### Remarques:

### Thérapie prévue ADCetris®

Perfusion IV de 30 minutes, dose de 1,8 mg/kg toutes les 3 semaines en ambulatoire. Si le poids corporel est >100kg, utiliser le calcul de la dose pour 100kg. Pour tous les patients : 16 cycles maximum. Quantité par cycle = poids corporel du patient x 1,8mg.

Poids du Pat (kg):

Dose requise (mg):

Nombre de flacons (50mg) nécessaires par cycle:

### Médecin demandeur:

Nom:

Prénom:

Adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: