

BLINCYTO® (Blinatumomab)**traitement anticancéreux, requête urgente**

Limitatio:BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes atteints de LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, • réfractaires à leur traitement primaire d'induction ou de sauvetage, ou • présentant une première récurrence, une récurrence consécutive à une première récurrence, ou une récurrence après une greffe de cellules souches

et qui ont reçu une chimiothérapie combinée lors du traitement initial de la LAL ou lors d'un traitement de sauvetage et présentent un nombre de blastes $\geq 5\%$. Un traitement par BLINCYTO doit être réalisé dans des centres spécialisés en hématologie possédant l'infrastructure, l'expertise et l'expérience nécessaires pour gérer des patients atteints de LAL. Blincyto n'est remboursé que si les données requises sont saisies dans le cadre de l'étude d'observation 20150136 (NCT03117621).

Blincyto peut être utilisé sur 5 cycles, mais n'est remboursé que pour 2 cycles maximum. Si Blincyto doit être utilisé > 2 cycles, la société AMGEN Switzerland AG rembourse, dans le cadre d'un traitement par BLINCYTO et sur demande de l'assureur maladie auquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le prix départ usine à partir du 55e paquet de BLINCYTO. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit généralement être effectuée dans les 6 mois suivant l'administration du traitement.

Données du patient:

Nom: Prénom: Date de naissance:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse de l'assureur (service du médecin-conseil): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

Il s'agit d'une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif en rechute ou réfractaire

Evolution de la maladie jusqu'ici et état actuel du traitement, y compris 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: