

CYRAMZA® (Ramucirumab)

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

Prescription selon la limitatio: après accord préalable sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Voir [Liste des spécialités](#).

Données du (de la) patient(e):

Nom:	Prénom:	Né(e) le:	Sexe:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Rue:	Complément d'adresse:	Taille (cm):	Poids (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA:	Lieu:	Assurance:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N° d'assurance:	Adresse assureur (service de médecin-conseil ou MC) :		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Complément d'adresse:	NPA:	Lieu:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Données médicales (à l'intention exclusive du médecin-conseil). Demande de prise en charge pour:

- Cyramza® en association avec le paclitaxel pour le traitement des patients adultes ayant un ECOG PS 0-1 atteints d'un cancer gastrique ou d'un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne avancés, dont la maladie a progressé après une chimiothérapie à base de sels de platine et de fluoropyrimidine.
- Cyramza® monothérapie pour le traitement des patients adultes ayant un ECOG 0 ou 1 atteints d'un cancer gastrique ou d'un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne avancés dont la maladie a progressé après une chimiothérapie à base de sels de platine ou de fluoropyrimidine et pour lesquels un traitement en association avec le paclitaxel n'est pas approprié.
- ECOG-Status 0 ECOG-Status 1

Chimiothérapie Préalable :

- Cyramza® association avec la chimiothérapie FOLFIRI (Irinotécan, acide folinique et 5-fluorouracile), dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRM) dont la maladie a progressé pendant ou après un traitement par le bévacizumab, l'oxaliplatine et une fluoropyrimidine.

Traitement par association avec FOLFIRI : Thérapies précédentes et état actuel

Informations additionnelles / commentaires :

Médecin requérant

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