

Giotrif® (Afatinib)

Demande urgente pour un traitement anticancéreux

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

Limitatio: Après approbation de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en tant que monothérapie pour les patients présentant un adénocarcinome du poumon non à petites cellules (NSCLC, stade IIIb/IV) avec mutations activantes de l'EGFR (délétions sur l'exon 19 ou substitutions L858R sur l'exon 21), et n'ayant pas subis de prétraitement avec des ITK de l'EGFR. (voir [LS](#)).

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom: Prénom: Né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse::

NPA: Lieu:

Assurance: Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

La patiente/le patient est atteint(e) d'un cancer du poumon non à petites cellules.

Typ de mutation: Délétion au niveau de l'exon 19 Substitution L858R dans l'exon 21

autre, à savoir:

La patiente/le patient a-t-il été prétraité par un ITK-EGFR? Oui Non

Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

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

Date: