

LENALIDOMID SANDOZ® (Lenalidomid) Traitement du cancer, demande urgente

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

Limitatio (extrait, limitation complète voir LS):

(code d'indication: 21312.02)

- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

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

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

NPA: Lieu:

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

La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple. Le traitement est en association avec la dexaméthasone.

Précédent traitement:

Quel(s) médicaments(s)?	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compléments/Remarques:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Adresse: Complément d'adresse:

NPA: Lieu: Tél.:

Fax: E-Mail:

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

Date: