

# 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: 21312.03)

- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

## 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):

Le patient souffre d'une anémie exigeant des transfusions dans le cadre d'un **syndrome myélodysplasique** à risque faible ou intermédiaire 1 avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

Date de l'analyse cytogénétique:

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: