

**LENALIDOMID-TEVA® (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):** Limitation limitée jusqu'au 31.07.2022 (code d'indication 21379.04)

- Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

**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 et a reçu une greffe de cellules souches

Compléments/Remarques:

**Médecin demandeur:**Nom:  Prénom: Adresse:  Complément d'adresse: NPA:  Lieu:  Tél.: Fax:  E-Mail: Exercant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:  Département: Date: