

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):

(code d'indication: 21379.03)

- 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: