

MVASI® (Bevacizumab)

Traitement du cancer, demande urgente

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

Indication: Cancer du sein

Limitatio (extrait): Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil, pour le traitement de première ligne des patientes atteintes d'un carcinome mammaire HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. **Code d'indication: 21084.4.**

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Poids: kg 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 et information sur le traitement:

La patiente est atteinte d'un cancer du sein HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique. Elle reçoit un traitement de première ligne en association avec le paclitaxel.

Posologie (conformément à l'information professionnelle): 10 mg/kg de poids corporel toutes les deux semaines ou 15 mg/kg de poids corporel toutes les trois semaines.

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: