

Opdivo® (Nivolumab)

traitement anticancéreux, requête urgente

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

Indication: Traitement adjuvant du mélanome en monothérapie. Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour d'autres indications.

Limitatio (LS): En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection. La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

Données personnelles du patient (de la patiente):

Nom:	Prénom:	né(e) le:	Sexe:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂
Rue:	Complément d'adresse:	Taille (cm):	Poids (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA:	Lieu:	Assurance-maladie:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro d'assuré(e):		Adresse Assurance (Service du MC ou MC):	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Complément d'adresse:		NPA:	Lieu:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil): diagnostic:

Traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7e édition de l'AJCC) après résection complète sans thérapie systémique antérieure.

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Traitement prévu Opdivo® (posologie recommandée selon l'information professionnelle: 240 mg toutes les 2 semaines):

Début planifié du traitement avec Opdivo®:

Compléments/Remarques:

Médecin requérant:

Nom:	Prénom:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue:	NPA:	Lieu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date:		
<input type="text"/>		