

# Revlimid® (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

- **L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches.)**  
Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches. (code d'indication 18541.05)
- **L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches.)**. Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone. (code d'indication 18541.06)

### Données du patient / de la patiente:

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

### Diagnostic (destiné exclusivement au/à la médecin-conseil):

- La patiente/le patient souffre d'un myélome multiple non préalablement traité
- Le traitement est en association avec le bortezomib e la dexaméthasone.
- Induction avant la greffe de cellules souches       Sans la greffe de cellules souches

Dosage prévu selon l'information professionnelle:

Compléments/Remarques:

### Médecin demandeur:

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