

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Traitement du cancer, demande urgente

Demande de prise en charge des coûts, à l'attention du médecin-conseil Limitatio voir www.spezialtaetenliste.ch

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:

Données médicales

- Patient/e présente un carcinome du sein triple négatif (TNBC) non résécable, localement avancé ou métastatique.
- Patient/e a reçu au moins deux traitements antérieurs (chimiothérapie ou thérapie anticancéreuse ciblée ou moléculaire), dont au moins une chimiothérapie (indépendamment du stade de la maladie) et un traitement préalable au stade métastatique.

Précédent traitement:

Quel(s) médicaments(s)?	du (MM/JJJJ)	au (MM/JJJJ)	Information relatif à l'effet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: