

Zytiga® (Abirateron)

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

Limitatio (extrait):

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Données du patient:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>		
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>		
Assurance-maladie:	<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"/>		

Données médicales (uniquement pour le médecin-conseil):

L'utilisation du Zytiga® est planifiée:

- En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel.

Evolution jusqu'à présent et état actuel:

Médecin formulant la demande:

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