|  |  |
| --- | --- |
| PrescripteurNom : ……………………………………………..N°RPPS : …………………………………………Hôpital : …….…………………………………….Service : …………………………………………..UA : …………..Téléphone : ………………........... | PatientNom : ……………………………………..…………...Prénom : …………………………………..…………...Date de naissance : ……………………….……………NIP/NDA : ………………………………..……………Surface corporelle (m²) : ………. Poids (Kg) : ……….. |



|  |
| --- |
| Indications AMM prises en charge en sus des GHS [code indication[[1]](#footnote-1)] |
| **Lymphome hodgkinien CD30+ de l’adulte** récidivant ou réfractaire : 🞎 **après greffe autologue de cellules souches** (ASCT) [I000006] 🞎 **après au moins 2 traitements antérieurs** quand l’ASCT ou une polychimiothérapie n’est pas une option de traitement [I000006]🞎 **Lymphome anaplasique à grandes cellules** systémique, **récidivant ou réfractaire** de l’adulte [I000007]🞎 **Lymphome anaplasique à grandes cellules** systémique **non précédemment traité, en association** avec le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone (CHP) chez les patients [I000540] 🞎 **ALK-** 🞎 **ALK+** ayant un **score IPI≥2**🞎 **Lymphome hodgkinien CD30+**de l’adulte si **risque accru de récidive ou de progression** après une ASCT**[[2]](#footnote-2)** [I000005]🞎 **Mycosis fongoïde** et **lymphome cutané primitif anaplasique à grandes** cellules CD30+ chez l’adulte après au moins un traitement systémique antérieur[[3]](#footnote-3) [I000467] |
| **Indications AMM non prises en charge** en sus des GHS [code indication1] |
| 🞎 **Lymphome hodgkinien CD30+**de l’adulte de stade IV, **non précédemment traité**, en **association** avec la doxorubicine, la vinblastine et la dacarbazine (**SMR** **insuffisant** - *pas d’agrément aux collectivités*[[4]](#footnote-4))🞎 **Lymphome anaplasique à grandes cellules** systémique **non précédemment traité, en association** avec le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone (CHP),chez les patients **ALK+ ayant un score IPI<2** (**SMR insuffisant** - *pas d’agrément aux collectivités[[5]](#footnote-5)*) |
| **Cadre de prescription compassionnel prise en charge en sus des GHS (ex RTU)** [code indication1] |
| 🞎 **Lymphome de hodgkin en 2nde ligne** avant greffe autologue de cellules souches, en association à la chimiothérapie standard chez les enfants, les adolescents et les adultes ([lien CPC](https://ansm.sante.fr/tableau-acces-derogatoire/adcetris-50-mg-poudre-pour-solution-a-diluer-pour-perfusion)) [I000539] |
| **Autre motif de prescription (à justifier dans le dossier du patient)** |
| Préciser ………………………………………………………………………………………………………… |
| Posologie |
| **Brentuximab vedotin :** ………. mg/kg soit ………….. mg par **perfusion IV de 30 min**.*Si le* ***poids du patient est > 100 kg****, utiliser 100 kg pour le calcul de la dose.***Date :** …./…./…. **Signature :** |
| Cadre réservé à la Pharmacie |
| Médicament dispensé Quantité Numéro d’ordonnancierADCETRIS® 50 mg ………… …………………………..Poudre pour solution à diluer pour perfusionUCD : 9391344 (Prix[[6]](#footnote-6) : 2782,23 €[[7]](#footnote-7))**Date :** .…/…../….. **Signature :** |

 Ne pas utiliser de façon concomitante avec la bléomycine car risque de toxicité pulmonaire et prendre en compte le risque de pancréatite aigüe.

 Les femmes en âge de procréer doivent utiliser **2** méthodes efficaces de **contraception** pendant le traitement et pendant **6 mois après l’arrêt** du traitement.

**Effets indésirables fréquents à prendre en compte : sepsis, choc septique, élévation des ASAT/ALAT**.

Des adaptations posologiques peuvent être nécessaires en cas d’insuffisance hépatique/rénale (cf. RCP). Traitement en **association** à une chimiothérapie à éviter si insuffisance rénale sévère ou insuffisance hépatique modérée à sévère.

1. Code indication. Cf. [référentiel liste en sus](http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la) et [actualité](http://www.omedit-idf.fr/financement-a-lindication-nouvelles-modalites-de-recueil-de-transmission-donnees-2018/) sur le site de l’OMEDIT IDF. [↑](#footnote-ref-1)
2. Agrément aux collectivités le [14/06/2017](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034920716), pas d’inscription liste en sus. [↑](#footnote-ref-2)
3. Indication AMM (=lymphome T cutané CD30+ chez l’adulte après au moins un traitement systémique antérieur) plus large que l’indication faisant l’objet d’une prise en charge en sus des GHS . [↑](#footnote-ref-3)
4. Extension d’AMM le 06/02/2019. Cf. [avis HAS du 22/01/2020](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18039_ADCETRIS_PIC_EI_AvisDef_CT18039.pdf). [↑](#footnote-ref-4)
5. Voir avis HAS-CT du [09/09/2020](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18721_ADCETRIS_PIC_INS_AvisDef_CT18721.pdf) et [15/03/2023](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20007_ADCETRIS_PIC_REEV_AvisDef_CT20007.pdf): SMR insuffisant faute de données disponibles [↑](#footnote-ref-5)
6. Tarif de responsabilité TTC. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Baisse du tarif de responsabilité** prévue à compter du **1er avril 2021**: 2991,02 € → 2782,23 € soit une baisse de 7%. [↑](#footnote-ref-7)