

Dinutuximab bêta : QARZIBA®

QARZIBA 4,5 mg/ml, solution à diluer pour perfusion

Indication	Statut	Agrément aux collectivités	Prise en charge en sus des GHS	Evaluation Commission de Transparence (CT HAS)	Lien avis CT HAS
Traitement des patients âgés de 12 mois et plus atteints d'un neuroblastome à haut risque, qui ont précédemment reçu une chimiothérapie d'induction et ont présenté au moins une réponse partielle, suivie d'un traitement myéloablatif et d'une greffe de cellules souches, avec ou sans maladie résiduelle	AMM (procédure centralisée) : 08/05/2017	OUI JO du 05/10/2018	OUI JO du 28/07/2022 Code LES : I000592	<u>Avis CT du 22/11/2017</u> : demande d'inscription (première évaluation) SMR important ASMR IV (mineure)	Avis CT 22/11/2017
Traitement des patients âgés de 12 mois et plus atteints d'un neuroblastome récidivant ou réfractaire, avec ou sans maladie résiduelle	AMM (procédure centralisée) : 08/05/2017	OUI JO du 05/10/2018	<u>Dispositif dérogatoire</u> (cf <u>NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C2022/193 du 21 juillet 2022</u>) Valorisation à « l'euro l'euro » sur la base du tarif en vigueur Code indication : I000593	<u>Avis CT du 22/11/2017</u> : demande d'inscription (première évaluation) SMR important ASMR V (inexistante)	Avis CT 22/11/2017