

# Adtralza® (Tralokinumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste ([www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch))

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Diagnose:

- Patientin/Patient ist an einer schweren atopischen Dermatitis erkrankt.  
 IGA 4 oder  SCORAD > 50 oder  EASI  $\geq$  21.1

**Zur Vorbehandlung:** Die Indikation für eine Systemtherapie ist gegeben, wenn aus den 3 folgenden Kategorien jeweils mindestens ein Kriterium zutrifft.

## Topische Therapie:

*Intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurninhibitoren)*

- Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat  Therapie kontraindiziert  
 Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

## Phototherapie:

- Nicht verfügbar  Nicht angezeigt/kontraindiziert  Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat  
 Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

## Systemtherapie:

*Systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide)*

- Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat  Therapie kontraindiziert  
 Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Bemerkungen/Ergänzungen:

## Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: