

# Mifamurtid/Mepact® (MTP-PE)

Antrag zur Vergütung in der vorgesehenen Indikation

Einschätzungsbogen zu Händen des Vertrauensarztes auf [www.vertrauensaerzte.ch](http://www.vertrauensaerzte.ch) zur Verfügung.

**Indikation**<sup>1,2</sup>: im Rahmen einer postoperativen Kombinationschemotherapie zur Behandlung nicht metastasierter, resezierbarer hochmaligner Osteosarkome im Anschluss an eine makroskopisch vollständige Tumorsektion

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. VA):  Fax-Nr.:

### Zum Osteosarkom:

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 nicht metastasiert  
 metastasiert

### Histologie:

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 low grade  
 high grade

### Durchgeführt (bitte ankreuzen):

Thorax-Röntgen  
 PET-Scan

### Befall (bitte ankreuzen, ergänzen):

Lunge  Knochen  
 anderes, nämlich:

### Alter des Patienten:

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 unter 30 Jahre  anderes Sarkom<sup>5</sup>, nämlich:   
 unter 40 Jahre  
 über 40 Jahre

### Therapie mit Mifamurtid

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 nach Chirurgie  
 vor Chirurgie  
Zutreffendes bitte ankreuzen  
 mit 3er Kombi (Cisplatin/Doxorubicin/HD Methotrexat)  
 mit 4er Kombi (Cisplatin/Doxorubicin/HD Methotrexat/Ifosfamid)  
 mit anderer, nämlich

### Dauer der Mifamurtid-Therapie:

12 Wochen 2x wöchentlich Infusion à 1 Std. (3 Tage Abstand), danach  
24 Wochen 1x wöchentlich Infusion à 1 Std. = 48 Dosen (à 2mg/m<sup>2</sup>)  
 anderes Schema, nämlich:

### Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.:

Datum: ..... Stempel/Unterschrift:.....