

SARCLISA® (Isatuximab)

Kostengutsprachegespräch z. Hd. des Vertrauensarztes

Swissmedic-Zulassung, Auszug (Swissmedicinfo): SARCLISA ist in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason indiziert zur Behandlung des rezidivierenden und refraktären multiplen Myeloms bei Erwachsenen, die bereits mindestens zwei Therapielinien erhalten haben (darunter Lenalidomid und ein Proteasom-Inhibitor) und bei denen unter der letzten Therapie eine Progression der Krankheit eingetreten ist.

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Gewicht (kg): Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierenden und refraktären Multiplen Myelom.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geplante Kombination mit SARCLISA®: Pomalidomid und Dexamethason

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ): Hinweis auf Gewicht in Personalien

Therapiealternativen? Gründe für die Therapiewahl mit SARCLISA® (bitte Literatur beilegen):

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: