

# Sovaldi® (Sofosbuvir)

## Limitatio:

Bei Patienten mit chronischer Hepatitis C (CHC), in Kombination mit Ribavirin und/oder Peginterferon alfa oder bei Genotyp 3 in Kombination mit Daclatasvir, die eines der folgenden Kriterien erfüllen: - Bioptisch nachgewiesene Leberfibrose Grad 2, 3 oder 4 (Metavir-Score) oder zweimal im Abstand von mindestens 3 Monaten mittels Fibroscan gemessene erhöhte Lebersteifigkeit von  $\geq 7.5$  kPa. - Symptomatische Patienten mit einer extrahepatischen Manifestation der Hepatitis-C-Infektion unabhängig von Leberschäden. Die Vergütung ist auf maximal 24 Wochen zu begrenzen. Patienten mit CHC, die auf eine Lebertransplantation warten, können bis zur Lebertransplantation behandelt werden. Die potenziellen Risiken und der Nutzen sind für diese Patienten einzeln zu prüfen. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Gastroenterologie, insbesondere Träger des Schwerpunkttitels Hepatologie oder durch Fachärzte für Infektiologie, sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

## Personalien Patient(in):

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>		
<b>Krankenversicherer:</b>	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>		
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>		

Es handelt sich um einen Patienten (Patientin) mit einer chronischen HCV von folgendem Genotyp:

- 1    2    3    4    5    6

Hat Pat einen Fibrosegrad  $\geq$  F2?       Ja       Nein

Hat Pat eine extrahepatische Manifestation?       Ja       Nein

Falls ja, welche:

Wartet Patient(in) auf eine Lebertransplantation?

Ja    Nein

Bemerkungen/Ergänzungen:

## Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:	<input type="text"/>	Abteilung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>		

Stempel/Unterschrift:.....