

# Stivarga® (Regorafenibum)

# Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes für Indikation: Leberzellkarzinom (HCC)

Gemäss Limitatio sind für alle Indikationen die folgenden Kriterien zur Behandlung zu erfüllen:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- adäquate Funktion von Knochenmark, Leber und Niere

**Limitatio (Auszug, HCC betreffend):**

Behandlung von Patienten mit Leberzellkarzinom, die zuvor mit Sorafenib behandelt wurden und neben den oben genannten indikationsübergreifenden zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

- dokumentierte radiologische Progression unter vorgängiger Sorafenib-Therapie
- Toleranz der vorgängigen Sorafenib-Therapie
- bei Vorliegen einer Leberzirrhose einzig bei erhaltener Leberfunktion (max. Child Pugh A). ([Link SL](#))

## Personalien Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt), Indikation: HCC:

Dokumentierte radiologischer Progression unter vorgängiger Sorafenib-Therapie:  Ja  Nein  
 Progression diagnostiziert mit CT oder andere radiologische Verfahren, nämlich

Toleranz der vorgängigen Sorafenib-Therapie:  Ja  Nein Aktueller Performance - Status ECOG:

Adäquate Funktion von Knochenmark und Niere:  Ja  Nein

Bei Vorliegen einer Leberzirrhose Child-Pugh Status A:  keine Leberzirrhose  Child-Pugh A  Child-Pugh B/C

Bemerkungen, zusätzliche Informationen:

## Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: