

Tremfya® (Guselkumab)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug Colitis Ulcerosa): Befristete Limitation bis 31.10.2028

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, die entweder auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen oder diese nicht vertragen haben.

Es wird zur Therapieeinleitung maximal eine Dosis von 200 mg zur intravenösen Anwendung in Woche 0, 4 und 8 vergütet.

Falls nach 12 Wochen (respektive 3 Packungen TREMFYA Inf Konz 200mg/20 ml, 1 Stk.) kein klinisches Ansprechen eingetreten ist, soll die Behandlung abgebrochen werden. Eine erneute Induktionsphase wird nicht vergütet.

Für die Erhaltungstherapie wird maximal eine Dosis von 100 mg alle 8 Wochen vergütet. Eine Erhaltungstherapie mit 200 mg alle 4 Wochen sowie die Weiterbehandlung mit TREMFYA nach einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die 200mg/20ml Durchstechflasche wird ausschliesslich zur Induktionstherapie vergütet. Die Einzelpackungen 100mg/ml Fertigspritze bzw. Fertigpen oder 200mg/2ml Fertigspritze bzw. Fertigpen werden ausschliesslich für die Erhaltungsphase vergütet. Die Packungen zu 200mg/2ml Fertigspritze bzw. Fertigpen, 2 Stk. werden nicht für die Indikation Colitis Ulcerosa vergütet.

Personalien Patient/in:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

☐

Die Patientin/der Patient leidet an eine mittelschweren bis schweren Colitis Ulcerosa

☐

A. Erstbehandlung mit Tremfya®: Angaben und Verlauf zur Vorbehandlung mit konventionellen Therapien oder Biologika:

☐

B. Verkürzung des Dosierungsintervalls auf 200mg alle 4 Wochen

☐

C. Weiterbehandlung nach einem Jahr

Angaben zur bisherigen Therapie mit Tremfya®

Die Induktionstherapie erfolgt mit:

☐

Infusions Konzentrat (Indikationscode: **22017.04**)

Die Erhaltungstherapie erfolgt mit:

☐

100mg Fertigspritze Einzelpackung (Indikationscode: **20752.04**)

☐

100mg Fertigpen Einzelpackung (Indikationscode: **21007.04**)

☐

100mg Fertigpen (PushPen) Einzelpackung (Indikationscode: **21007.04**)

☐

200mg Fertigspritze Einzelpackung (Indikationscode: **20752.04**)

☐

200mg Fertigpen (PushPen) Einzelpackung (Indikationscode: **21007.04**)

Anfragender Arzt/Ärztin

☐

Fachärztin/Facharzt für Gastroenterologie

☐

Universitätsklinik/Poliklinik

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)