

Adcetris® (Brentuximab Vedotin)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug)

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Die Behandlungen bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten für alle vergüteten Indikationen laufend im vorgegebenen Internettool des Registers, abrufbar auf <http://www.lymphomaregistry.ch>, zu erfassen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten muss vorliegen. Es sind folgende Daten zu erfassen:

1) Bei Therapiebeginn: Geburtsjahr, Geschlecht und das Gewicht der Patienten und Indikationsstellung (HL (Stadium IV), rrHL, PTCL, rrsALCL, CTCL) sowie die Vortherapien für rrHL, rrsALCL oder CTCL. Beim CTCL und PTCL ist die CTCL- resp. PTCL-Histologie sowie der CD30-Expressions-Wert zu erfassen. Sofern beim CTCL keine vorgängige Therapie mit Methotrexat durchgeführt wurde, ist der Grund anzugeben.

2) Applikationsdatum, Dosierung und Anzahl verwendete Ampullen von Adcetris pro Zyklus, Zusatztherapien, Datum Therapieende sowie Angabe des Grundes für Therapieende.

Periphere T-Zell-Lymphome (PTCL): Befristete Limitation bis 30.11.2026

Rezidiertes oder refraktäres sALCL, Monotherapie (mit Preismodell)

Vollständige Limitatio siehe Spezialitäten (www.spezialitaetenliste.ch).

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **19989.04**

Personalien Patientin/Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten

Erwachsene(r) (≥ 18 Jahre) Patientin/Patient ist an einem CD30+ systemischen, anaplastischen grosszelligen Lymphom (sALCL) erkrankt.

Status: refraktär rezidivierend

Vorgesehene Therapie mit Adcetris®

IV 30 min-Infusion, Dosis 1,8 mg/kg alle 3 Wochen. Falls Körpergewicht >100 kg, Dosis Berechnung für 100 kg anwenden. Für alle Patienten: maximal 16 Zyklen. Menge pro Zyklus = Patientenkörpergewicht x 1,8 mg.

Gewicht der Patientin/des Patienten (kg):

Benötigte Dosis (mg):

Anzahl benötigte Durchstechflaschen (50mg) pro Zyklus:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: