

Amvuttra® (Vutrisiran)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Indikation ATTR-CM befristete Limitation bis 31.03.2029

AMVUTTRA wird vergütet zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin Amyloidose bei erwachsenen Patienten mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder einer klinisch bestätigten Herzinsuffizienz.

Indikationscode: 21635.02

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten. Die Diagnose wurde nachgewiesen durch (zwingend durchzuführende diagnostische Massnahmen):

- Ausschluss AL-Amyloidose Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3)
 Echokardiographie (z. B. typisches typisches Strain-Muster)

Eine Biopsie mit histologischem Nachweis von Transthyretin-Amyloid wurde durchgeführt weil:

- Unklarer/unsicherer Szintigraphiebefund und/oder
 Kein eindeutiger Ausschluss der AL-Amyloidose und/oder
 Kein eindeutiger Befund in der kardialen Bildgebung

Vergütungskriterien (müssen vor Therapiebeginn kumulativ erfüllt sein):

- NYHA-Klasse ≤ III NYHA-Klasse I NYHA-Klasse II NYHA-Klasse III
- Vorangegangene Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und / oder einer klinisch bestätigten Herzinsuffizienz Ja Nein
- NT-pro BNP Konzentration pg/ml
(gemäss Limitatio gefordert: ≥ 300 pg/ml)
- Leistungsfähigkeit gemäss 6-Minuten-Gehtest
(gemäss Limitatio gefordert: > 150 Meter oder äquivalentes Resultat aus einer ergometrischen Bestimmung)
- Die Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren Ja Nein

Ausschlusskriterien:

- Herz- oder Lebertransplantation in der Vorgeschichte Ja Nein
- Implantierte «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD) Ja Nein
- Andere spezifische Arzneimittel zur Kombinationsbehandlung der Transthyretin-Amyloidose (z. B. TTR-Stabilisatoren, TTR-Gen-Silencer) Ja Nein
- Patienten mit Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtrationsrate < 25mL/Min./1.73 m²) Ja Nein

Diagnosestellung, Verschreibung und Überwachung in zertifizierter, kardioloischer Weiterbildungsstätte der Kategorie A.

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragende/r Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum:

Limitatio siehe auch [Spezialitätenliste](#)