

Apremilast-Mepha® (Apremilast)

Checkliste zu Handen Versicherung

Limitatio (Auszug Plaque-Psoriasis): Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 24 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Apremilast-Mepha® wird für die Behandlung der schweren Plaque-Psoriasis angewendet (PASI oder BSA und/oder DLQI sind für die Definition einer schweren Plaque-Psoriasis ausschlaggebend. Es liegt vor

DLQI > 10 PASI > 10 BSA > 10

Vorhandensein spezieller Manifestationen (Spezielle Manifestationen bei einem Patienten mit einem milden Befall können zu einer schweren Klassifizierung führen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Befall von gut sichtbaren Körperstellen | <input type="checkbox"/> Grossflächiger Befall der Kopfhaut |
| <input type="checkbox"/> Befall der Handflächen, Fusssohlen und Genitalien | <input type="checkbox"/> Starker Juckreiz, auf welchen mit Kratzen reagiert wird |
| <input type="checkbox"/> Onycholyse oder Onychodystrophie von mindestens zwei Fingernägeln | <input type="checkbox"/> Hartnäckige Plaques |

Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Phototherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitretin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: