

Brentuximab Vedotin

Kostengutsprachege such zu Handen des Vertrauensarztes

Indikation: Behandlung des Hodgkin-Lymphoms und des anaplastischen grosszelligen Lymphoms. Orphan Drug Status von Swissmedic (09.12.2010)

Personalien Patient(in):

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:	Gewicht (kg)
Strasse:	Adresszusatz:		
PLZ:	Ort:		
Krankenversicherer:	Versicherten-Nr.:		
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)	Adresszusatz:		
PLZ:	Ort:		

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Patientenstatus (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|-----------------|---|---|
| Diagnose: | ☐ Hodgkin-Lymphom | ☐ anaplastisches, grosszelliges Lymphom |
| CD 30 positiv: | ☐ Ja | ☐ nein (Ausschlusskriterium) |
| Erkrankung: | ☐ refraktär | ☐ Rückfall |
| Therapie-Linie: | ☐ nach Stammzelltransplantation | ☐ vor Stammzelltransplantation |

Bemerkungen:

Vorgesehene Therapie mit Brentuximab Vedotin

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

Benötigte Dosis: mg Anzahl benötigte Durchstechflaschen (50mg) pro Zyklus:

Arzt/Ärztin:

Name:	Vorname:		
Strasse:	PLZ:	Ort:	
Tel.	Fax:	E-Mail:	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:		Abteilung:	

Datum:

Stempel/Unterschrift: