

# Calquence® ▼ (Acalabrutinib)

Kostengutsprache gesuch

Limitatio: siehe Spezialitätenliste

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

### A: als Erstlinientherapie (Monotherapie)

Patientin/Patient ist über 65 Jahre alt und an einer Chronischen Lymphatischen Leukämie (CLL) erkrankt. Folgende Mutationen liegen vor:

17p-Deletion  TP53-Mutation

Geplant ist eine Monotherapie mit Calquence

oder

Patientin/Patient ist zwischen 18-64 Jahre alt

und hat eine Kreatinin Clearance <70 ml/min. Konkret:  ml/min

und/oder

hat klinisch relevante Komorbiditäten ermittelt durch die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) mit einem Wert >6. Konkret:

und/oder

hat klinisch relevante Komorbiditäten ermittelt mit einem vergleichbaren Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems, nämlich:

### B: ab zweiter Therapielinie (Monotherapie)

Patientin/Patient ist an einer Chronischen Lymphatischen Leukämie (CLL) erkrankt und hatte **keine Krankheitsprogression unter Ibrutinib**.

#### Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geplanter Beginn der Therapie mit Calquence® (MM/JJJJ):

Bemerkungen/Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum:

**Limitatio** (siehe auch [Spezialitätenliste](#)):

Befristete Limitation bis 31.05.2024

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**1L CLL (Monotherapie)**

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation:

- die 65 Jahre und älter sind ODER

- die 18-64 Jahre sind und Begleiterkrankungen haben (mit einer Kreatinin Clearance < 70 ml/min oder klinisch relevanten Komorbiditäten ermittelt durch die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) mit einem Wert > 6 oder einem vergleichbaren Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems).

**2L+ CLL (Monotherapie)**

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit CLL, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Acalabrutinib wird jedoch nicht bei Patienten vergütet, bei denen unter Ibrutinib eine Krankheitsprogression auftrat.

**Hinweis** (Arzneimittelinformation Swissmedic-Zulassung, siehe auch [Swissmedicinfo](#)):

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, den Verdacht einer neuen oder schwerwiegenden Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Rubrik «Unerwünschte Wirkungen».