

Cibinqo® (Abrocitinib)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio: Siehe zweite Seite.

Personalien Patientin/Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an schwerer atopischer Dermatitis.

IGA 4

oder

SCORAD > 50

oder

EASI \geq 21.1

Zur Vorbehandlung: Die Indikation für eine Systemtherapie ist gegeben, wenn aus den 3 folgenden Kategorien jeweils mindestens ein Kriterium zutrifft.

Topische Therapie:

Intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurinhhibitoren)

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

Therapie kontraindiziert

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Phototherapie:

Nicht verfügbar

Nicht angezeigt/kontraindiziert

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Systemtherapie:

Systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide)

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

Therapie kontraindiziert

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Atopische Dermatitis

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

Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD > 50 oder EASI \geq 21.1), sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten.

Abrocitinib wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet.

Falls nach 12 Wochen Behandlung mit Abrocitinib kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um \geq 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des EASI-Scores (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine \geq 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen.

Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Abrocitinib ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Abrocitinib in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen.

Siehe auch [SL](#).