

Cosentyx® (Secukinumabum)

Kostengutsprachegesuch

Zur Behandlung von Patienten ab 6 Jahren mit einer juvenilen idiopathischen Arthritis, nicht für andere Indikationen.

Limitatio (Auszug aus der [Spezialitätenliste](#)):

Juvenile idiopathische Arthritis (JIA) (nur 75 mg und 150 mg)

Die Verschreibung von COSENTYX in der Indikation juvenile idiopathische Arthritis kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie oder rheumatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Behandlung bei Patienten ab 6 Jahren mit aktiver Enthesitis-assoziiierter Arthritis (EAA) oder aktiver juveniler Psoriasis-Arthritis (jPsA), deren Erkrankung nur unzureichend auf nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente (NSAIDs) und krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) angesprochen hat.

Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, muss die Therapie abgebrochen werden.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Diagnose:

Die Patientin/der Patient leidet an einer

Enthesitis-assoziiierter Arthritis (EAA)

juvenilen Psoriasis-Arthritis (jPsA)

Die Patientin/Patient hat auf folgende vorhergehende Therapie unzureichend angesprochen:

Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR)

Krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum (DMARD)

Andere

Geplanter Beginn der Behandlung mit Cosentyx (nur 75 mg und 150 mg):

Bemerkungen / bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: