

Darzalex® / Darzalex® SC (Daratumumab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre erwachsene Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) und noch nie mit einem CD38 Antikörper behandelt wurden oder als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre erwachsene Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms bei Patienten, die gegenüber >1 PI und > 1 IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit einem CD38 Antikörper behandelt wurden. Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20589.01** (bei Abgabe i.v.) / **21150.01** (bei Abgabe sc).

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 Vertrauensarzt bestimmt):

☐ Die Patientin/der Patient leidet an einem Multiplen Myelom.

Zu den vorangegangenen Therapien. Gemäss zugelassener Indikation von Swissmedic muss der Patient mindestens drei Vortherapien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitoren (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) ohne vorgängige Behandlung mit einem CD38 Antikörper oder der Patient muss gegenüber >1 PI und > 1 IMiD doppel-refraktär gewesen und noch nie mit einem CD38 Antikörper behandelt worden sein. Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend.

Welche(s) Medikament(e)?

von (MM/JJJJ)

bis (MM/JJJJ)

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ):

☐ Abgabe erfolgt i.v. (Indikationscode: **20589.01**) ☐ Abgabe erfolgt **sc** (Indikationscode: **21150.01**)

Bemerkungen, Ergänzungen:

Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: