

Fruzaqla® (Fruquintinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Befristete Limitation bis 31.12.2027

FRUZAQLA wird nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet. FRUZAQLA wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC), die zuvor mit verfügbaren Therapien einschliesslich Fluoropyrimidin, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierter Chemotherapie, einer Anti-VEGF-Therapie und bei Vorliegen eines RAS Wildtyps mit einer Anti-EGFR-Therapie behandelt wurden und eine Progression oder Unverträglichkeit während oder nach einer Therapie mit Trifluridin Tipiracil oder Regorafenib vorweisen vergütet.

Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:

- Performance Status ECOG 0-1

Im Falle einer Progression wird die Behandlung nicht weiter vergütet.

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:

- ☐ Patientin/Patient ist an einem metastasierten kolorektalen Karzinom erkrankt.

Diagnose gestellt (MM/JJJJ):

- ☐ Der Performance Status ECOG von 0-1 wird bestätigt.

- ☐ Patientin/Patient hat die verfügbaren Standardtherapien erhalten (einschliesslich Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierter Chemotherapie, ein Anti-VEGF-Arzneimittel und bei Vorliegen eines RAS Wildtyps ein Anti-EGFR-Arzneimittel. Ebenso ist nach der Behandlung mit Trifluridin/Tipiracil oder Regorafenib die Erkrankung fortgeschritten, oder die Behandlung wird nicht getragen

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragende Ärztin/Arzt:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: