

Imfinzi™ (Durvalumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Als Monotherapie nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes für die Behandlung von Patienten mit histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III, deren Erkrankung nach einer definitiven platinbasierten Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten ist. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Voraussetzung für die Therapie ist eine Vortherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie plus begleitender Radiotherapie, ein Alter ≥ 18 Jahre sowie eine geschätzte Restlebenserwartung ≥ 12 Wochen. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate beschränkt.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Grösse (cm): Gewicht (kg):

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

- Patientin/Patient leidet an einem histologisch oder zytologisch bestätigtem lokal fortgeschrittenem, nicht resezierbarem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom Stadium III.
- Patientin/Patient ist ≥ 18 Jahre alt und hat eine geschätzte Restlebenserwartung von ≥ 12 Wochen.
- Es fand eine vorangegangene definitive Chemoradiotherapie mit ≥ 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie statt, die abgeschlossen ist.
- Die Krankheit ist nach erfolgter Chemoradiotherapie nicht fortgeschritten.

Zum Einsatz von Imfinzi™:

Beantragte Dosis in Milligramm (Die empfohlene Dosis von Imfinzi ist 10 mg/kg alle 2 Wochen oder 1500mg alle 4 Wochen, bis zur Krankheitsprogression oder inakzeptablen Toxizität, für maximal 12 Monate.):

Geplanter Beginn der Therapie mit Imfinzi™:

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: