

KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.17

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.04.2028

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (20416.XX) zu enthalten. Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Falls KEYTRUDA® in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter KEYTRUDA®-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll KEYTRUDA® in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

Lokal rezidiverendes, nicht resezierbares oder metastasiertes triple-negatives Mammakarzinom (in Kombination mit Chemotherapie) KN355

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden, nicht resezierbaren oder metastasierten triple-

negativen Mammakarzinoms bei Erwachsenen, deren Tumore PD-L1 mit einem CPS ≥ 10 exprimieren und die keine vorherige Chemotherapie bei metastasierter Erkrankung erhalten haben.

- Falls Patienten vorhergehend systemisch im (neo)adjuvanten Setting behandelt wurden: Mit Vortherapie auf Antrazyklin-Basis, ausser diese war kontraindiziert.

- Ohne Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren innerhalb der letzten 12 Monate.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.17

Personalien Patientin

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten

☐

Es handelt sich um ein lokal rezidiverendes, nicht resezierbares oder metastasiertes triple-negatives Mammakarzinom.

☐

PD-L1 Status: Combined Positive Score (CPS) ≥ 10 durch Test bestätigt.

☐

KEYTRUDA® wird in Kombination mit Chemotherapie eingesetzt.

☐

Patientin hatte keine Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren innerhalb der letzten 12 Monate.

Patientin erfüllt zudem eine der drei folgenden Bedingungen:

☐

Patientin wurde nicht systemisch im (neo)adjuvanten Setting behandelt.

☐

Patientin wurde vorhergehend systemisch im (neo)adjuvanten Setting auf Antrazyklin-Basis behandelt.

☐

Patientin wurde vorhergehend systemisch im (neo)adjuvanten Setting behandelt, aber Antrazyklin war kontraindiziert.

Geplantes Therapieschema und -beginn:

☐

KEYTRUDA® wird in Kombination mit Chemotherapie gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben. Die Therapie besteht aus KEYTRUDA® 200mg mit einer Chemotherapie nach Wahl des Studienarztes.

Geplanter Beginn der Kombinationstherapie:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)