

# Lynparza® (Olaparib)

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Indikation: Frühes Hochrisiko-Mammakarzinom**

**Limitatio (Auszug):** Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes als Monotherapie zur adjuvanten Therapie bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit gBRCA-mutiertem HER2-negativem frühem Hochrisiko-Mammakarzinom unter folgenden Voraussetzungen:

- Vorbehandlung neoadjuvant oder adjuvant mit  $\geq 6$  Zyklen Anthracyclin- und/oder Taxan-basierte Chemotherapie
- Erfüllung der Hochrisikokriterien der OlympiA-Studie (siehe «Eigenschaften/Wirkungen» der genehmigten Fachinformation)
- Keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitoren.

Die Vergütung erfolgt für maximal 1 Jahr oder bis zum Auftreten eines Krankheitsrezidivs, je nachdem, was zuerst eintritt. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.04

### Personalien Patientin/Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten:

Patientinnen und Patienten mit gBRCA-mutiertem HER2-negativem frühem Hochrisiko-Mammakarzinom.

Zur durchgeführten Chemotherapie:

Neoadjuvant  Adjuvant   $\geq 6$  Zyklen Anthracyclin- und/oder Taxan

Die untenstehen gemäss OlympiA-Studie geforderten Hochrisikokriterien sind erfüllt (Auszug aus Fachinformation).

	Vorherige neoadjuvante Chemotherapie	Vorherige adjuvante Chemotherapie
TNBC	non-pCR	Primärtumor $\geq 2$ cm oder beliebiger positiver Lymphknoten
HR-positiv	non-pCR und CPS-EG-Score $\geq 3$	$\geq 4$ positive Lymphknoten

Es fand keine vorangehende Behandlung/Erhaltungstherapie mit einem PARP-Inhibitor statt.

Bemerkungen/Ergänzungen:

### Anfragender Arzt/Ärztin:

Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie

Fachärztin/Facharzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: