

Nexviadyme® (Avalglucosidasum alfa 100mg)**Erstantrag/Initialtherapie**

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe SL**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. Folgende **Einschlussbedingungen** gemäss Limitatio sind erfüllt:

- Klinik einer späten Verlaufsform und biochemischer Nachweis einer verminderten GAA Aktivität entweder durch biochemische Untersuchung in zwei verschiedenen Körpergeweben oder Bestätigung eines biochemischen Nachweises durch Genotypisierung.
- Klinisch relevante Einschränkung der Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Berufsausübung infolge Myopathie bzw. Funktionseinbusse der Muskulatur des Schulter- und Beckengürtels und/oder infolge verminderter Atemfunktion. Die Einschränkung beträgt auf der modifizierten Rankin-Skala mindestens 2.
- Schriftliches Einverständnis des Patienten bzw. seiner gesetzlichen Vertreter über die Durchführung der notwendigen periodischen Kontroll-Untersuchungen sowie Registrierung und Archivierung der im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten im Schweizer Pompe Register.
- Vollständige Registrierung der Ausgangsdaten.

Ausschlusskriterien:

1. Invalidisierende Muskelschwäche und/oder invalidisierende Einschränkung der Atemfunktion, welche von einer Behandlung keine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität mehr erwarten lässt. Die Einschränkung beträgt auf der modifizierten Rankin-Skala über 4. Zu invalidisierenden Einschränkungen gehören:

a) Beatmung über Tracheostoma.

b) Pflegebedürftigkeit infolge ständiger Bettlägerigkeit (mod. Rankin-Skala Wert > 4).

Trifft zu Trifft nicht zu

2. Vorliegen einer invalidisierenden Zweitkrankheit, welche zur schweren und irreversiblen Einschränkung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität führt (modifizierte Rankin-Skala > 4) und/oder welche zu einer bedeutenden Verminderung der Lebenserwartung führt.

Trifft zu Trifft nicht zu

Bemerkungen:**Arztin/Arzt**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: