

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 30.06.2028

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

NINLARO wird in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem und/oder refraktärem Multiplem Myelom, die

- mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen,

oder

- die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

NINLARO ist ausserhalb kontrollierter klinischer Studien nicht für die Erhaltungstherapie beim multiplen Myelom empfohlen.

Dosierungsschema und Dosierung für die Kombinationstherapie sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.

Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit NINLARO abgebrochen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20593.01**

Personallen Patientin/Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀

☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

☐

Rezidivierendes multiples Myelom, mit mindestens einer vorangegangenen Therapie und Hochrisikomerkmale. Es trifft zu:

☐

del[17], t[4;14], t[14;16] oder 1q21

☐

ISS-Stadium III

☐

Rezidivierendes multiples Myelom, mit mindestens zwei vorangegangenen Therapien

Zu den vorangegangenen Therapien:

Medikament oder Wirkstoff:

Anzahl Zyklen:

Angaben zur Wirkung:

Bemerkungen/Ergänzungen

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: