

PADCEV™ (Enfortumab vedotin)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Swissmedic-Zulassung (Auszug): PADCEV ist in Kombination mit Pembrolizumab für die Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Urothelkarzinom (mUC) indiziert.

PADCEV als Monotherapie ist indiziert zur Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (mUC), die eine platinhaltige Chemotherapie im neoadjuvanten/adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting erhalten haben und die während oder nach der Behandlung mit einem Inhibitor des programmierten Zelltodrezeptors-1 (PD-1) oder des programmierten Zelltod-Liganden 1 (PD-L1) einen Progress oder einen Rückfall der Erkrankung erlitten haben (siehe «klinische Wirksamkeit»).

Beantragt wird:

Erstlinientherapie, PADCEV in Kombination mit Pembrolizumab

Ab zweiter Linie, Monotherapie

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.

Patientin/Patient leidet an einem Urothelkarzinom. Es handelt sich um eine Therapie

in erster Therapielinie bei einem nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinom (mUC).

Ab zweiter Therapielinie bei einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom (mUC). Patientin/Patient

erhielt eine platinhaltige Chemotherapie im neoadjuvanten oder adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting.

erlitt einen Progress oder einen Rückfall der Erkrankung während oder nach einer Behandlung mit einem Inhibitor des programmierten Zelltodrezeptors-1 (PD-1) oder des programmierten Zelltod-Liganden 1 (PD-L1).

Bisheriger Therapieverlauf und Gründe für die Therapiewahl mit PADCEV (da nicht in der Spezialitätenliste). Bitte auch entsprechende Literatur beilegen:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragende/r Ärztin/Arzt

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: