

Spinraza® (Nusinersen)

Kostengutsprachege such Therapiestart (Erstverschreibung)

Limitatio (befristet bis 30.06.2029): siehe auch [Spezialitätenliste](#)

Indikationscode: 20697.01

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 (für Vertrauensarzt bestimmt):

☐ Es liegt eine 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie (SMA) vor.

SMA Typ des Patienten

☐ Typ I

☐ Typ II

☐ Typ III

Anzahl der SMN2-Kopien :

Zur Behandlung mit Spinraza (gemäss SL, Auszug): SPINRAZA darf nur in Spital-basierten, spezialisierten neuromuskulären Zentren des Netzwerks Myosuisse (siehe z.B. www.fsrm.ch/projekte/netzwerk-myosuisse) von einem Facharzt der Neurologie/Neuropädiatrie verschrieben und verabreicht werden. Das behandelnde medizinische Personal muss zwingend Erfahrung mit der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit spinaler Muskelatrophie und in der Durchführung von intrathekalen Anwendungen durch Lumbalpunktion haben.

Name des Zentrums:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum: