

Limitatio:

Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von 210 mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen mit schwerem Typ 2 Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

- Mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten *UND*
- eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.3 G/L *ODER*
- einer Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.15 G/L und einen FeNO-Wert von ≥ 50 ppb.

Zur Asthmaeinstellung werden keine systemischen Kortikosteroide als Dauertherapie eingesetzt.

Spätestens nach 24 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht einer Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Tezepelumab in der Indikation Asthma darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

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 (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Schweres Asthma gemäss

☐

GINA-Stufe 4 oder 5

Sofern GINA-Stufe 4 oder GINA-Stufe 5, bitte beantworten:

Hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlichen Controller. Bitte angeben:

Präparat:

Dosierung:

Intermittierende (z. B. kurzzeitige) Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden. Bitte angeben: Präparat, Dosierung:

Präparat:

Dosierung:

Eosinophilenzahl im Blut (G/L) ≥ 0.3 :

Labor vom (Datum):

Falls Eosinophilenzahl im Blut (G/L) zwischen ≥ 0.15 und 0.299 liegt, FeNO-Wert angeben:

≥ 4 klinisch relevante Exazerbationen in den letzten 12 Monaten trotz max. möglicher Dosierung: Anzahl:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Ist Fachärztin/Facharzt für:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Limitatio: siehe auch ([SL](#)).