

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: siehe Spezialitätenliste

Therapieverlängerung nach 6 resp. 12 Monaten

Personalien Patientin / Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Grösse (cm):

Gewicht (kg)

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz 1:

Adresszusatz 2:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Beim genannten Patienten/Patientin liegt eine zystische Fibrose vor. Ebenso liegt ein Nachweis von mindestens einer *F508del*-Mutation im *CFTR*-Gen vor:

Bestätigung:

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung erfolgen an folgendem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF (siehe auch Limitatio):

Name:

Ort:

Bestehende sowie fortzusetzende Atemphysiotherapie plus Inhalationstherapie

Dokumentation des Therapieverlaufs im europäischen CF-Register (siehe unten)

Therapie läuft seit (MM/JJJJ):

Begründung Verlängerung der Therapie mit Trikafta nach 6 und 12 Monaten:

Keine anhaltende Verschlechterung der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert

oder

Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie)

Bisheriger Verlauf und aktueller Zustand:

Registerauszug liegt bei. Falls nicht, so sind nachstehende Angaben zu machen:

FEV₁ vor Therapiebeginn:

%

FEV₁ aktuell:

%

Schweisschlorid vor Therapiebeginn:

mmol/L

nach drei Monaten:

mmol/L

Anzahl pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie):

in den **zwei Jahren vor** Therapiebeginn:

nach **6 Monaten** Therapie:

nach **12 Monaten** Therapie:

Totale Dauer aller pulmonalen Exazerbationen in den letzten

6 Monaten

12 Monaten

Tage

Anzahl Spitaltage in den letzten

6 Monaten

12 Monaten:

Tage

Verwendete Antibiotika zur Behandlung pulmonaler Exazerbationen:

Dauer und Verabreichung der Antibiotikatherapie: Tage

p.o. i.v. inhalativ stationär ambulant
 Therapieabbruch/Unterbruch von: bis:

Grund des Unterbruchs:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Limitatio:siehe auch Spezialitätenliste ([Link](#)).