

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: siehe Spezialitätenliste

Therapieverlängerung nach 6 resp. 12 Monaten

- Verlängerung für:
- ☐ Indikationscode 21777.01 (Kind ab 2 bis 5 Jahre)
- ☐ Indikationscode 21144.01 (Kind ab 6 bis 11 Jahre)
- ☐ Indikationscode 21144.02 (Kind ab 12 Jahre)

Personallen 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:	
-------	----------------------	------	----------------------

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

Therapie läuft seit (MM/JJJJ):

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

- ☐ Es ist kein über den normalen zu erwartenden Verlust der Lungenfunktion hinausgehender anhaltender Abfall der Lungenfunktion gegenüber dem Ausgangswert FEV₁ (%) und/oder LCI_{2,5} festzustellen.
- ☐ Es ist keine Messung der Lungenfunktion durchführbar und der Schweisschlorid bleibt unter 60 mmol/l.
- ☐ Es ist keine Messung der Lungenfunktion durchführbar und der Schweiss-Chlorid Level bleibt um mindestens 30% (relativ) reduziert im Vergleich zur Baseline.
- oder
- ☐ Reduktion der Anzahl klinisch relevanter pulmonaler Exazerbationen (mit Hospitalisation, i. v. Antibiotikatherapie). Keine neuen klinisch relevanten pulmonalen Exazerbationen, wenn vor der TRIKAFTA-Therapie keine aufgetreten sind.

Bisheriger Verlauf und aktueller Zustand:

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

FEV ₁ vor Therapiebeginn:		%	FEV ₁ aktuell:		%	LCI _{2.5}	
Schweisschlorid vor Therapiebeginn:		mmol/L	nach drei Monaten:		mmol/L		
			aktueller Wert (optional, wenn Lungenfunktion nicht messbar:		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

Dauer und Verabreichung der Antibiotikatherapie, falls pulmonale Exazerbationen aufgetreten sind:

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](#)).