

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarzt/ärztin

Indikation: Triple-negatives Mammakarzinom (TNBC) (HER2-: IHC 0, 1+, 2+/ISH-)

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 30.04.2026 (mit Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom, die mindestens zwei Vortherapien (Chemotherapie oder gezielte bzw. molekulare Krebstherapie (targeted bzw. molecularly targeted therapy)) gemäss gängigen klinischen Leitlinien erhalten haben, davon mindestens eine Chemotherapie (unabhängig vom Krankheitsstadium) sowie eine Vortherapie im metastasierten Stadium.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21290.01**

Personalien Patient/in:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten, Patient/in

ist an einem nicht resezierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten triple-negativen Mammakarzinom (TNBC) erkrankt.

hat mindestens zwei Vortherapien erhalten (Chemotherapie oder gezielte bzw. molekulare Krebstherapie), davon mindestens eine Chemotherapie (unabhängig vom Krankheitsstadium) sowie eine Vortherapie im metastasierten Stadium.

Vortherapie

Welches Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: