

Wainzua® (Eplontersen) 45mg

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 30.06.2027

Bevor die Therapie eingeleitet werden kann, ist der Patient über die Vergütungskriterien (inkl. Therapieabbruchkriterien) schriftlich aufzuklären.

Die Therapie mit WAINZUA bedarf einer jährlichen Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes und muss in einem Referenzzentrum für Amyloidose (Universitätsspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) eingeleitet werden.

Vergütungsrelevante Daten müssen in dem bestehenden Register des Referenzzentrums kontinuierlich erfasst werden. Auf Anfrage müssen diese Daten dem Vertrauensarzt im Rahmen der Evaluation der Kostenübernahme zugestellt werden. Sofern ein Patient keine Einwilligung zur Erfassung seiner Daten in das bestehende Register gibt, muss dies ausgewiesen werden.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21874.01**

Personalien Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀ ☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten

Die Therapie mit Wainzua wird von folgendem Referenzzentrum für Amyloidose eingeleitet:

☐

Universitätsspital Zürich

☐

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Im Rahmen der Diagnosestellung wurde folgendes festgestellt:

☐

Bei der Patientin/dem Patienten besteht eine dokumentierte vererbte, pathogene TTR-Mutation bei primär polyneuropathischer Manifestation (hATTR-PN Amyloidose)

☐

PND Score $\geq$ I und $\leq$ IIb (oder FAP Stadium 1-2)

☐

NIS $\geq$ 5 und $\leq$ 130

☐

Karnofsky Performance Status $\geq$ 60%

☐

Die Neuropathie wurde nicht ausgelöst durch anderweitige Ursachen wie Diabetes mellitus oder Vitamin B12-Mangel oder trotz adäquater Behandlung der anderweitigen Polyneuropathie-Ursachen kam es zu einer weiteren Progression der Polyneuropathie.

☐

Herzinsuffizienz der NYHA Klasse $\leq$ II

☐

eine Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren

Zur eventuellen Vortherapie der Amyloidose:

☐

Es fand keine vorherige ATTR-Therapie mit einem Oligonukleotid oder siRNA statt, welche infolge unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden musste.

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragende/r Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum: