

Zydelig® (Idelalisib)

Limitatio: Befristete Limitation bis 30.04.2020

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. In Kombination mit bis zu acht Zyklen Rituximab und anschliessender Monotherapie bis eine Krankheitsprogression oder inakzeptable Toxizität auftritt zur Behandlung von Patienten mit progressiver, symptomatischer CLL und Komorbidität (schwere Neutropenie oder Thrombozytopenie bedingt durch kumulative Myelotoxizität vorheriger Chemo-Therapien oder eine Kreatininclearance < 60 ml/min oder ein cumulative illness rating scale (CIRS)-Score > 6 oder einem vergleichbaren Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems) ab der zweiten Linie bei Frührezidiven (Rezidiv entsprechend der Vortherapie gemäss Leitlinien bis zu maximal 3 Jahren) oder bei Patienten, die für eine Chemoimmuntherapie nicht geeignet sind. Als Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem folliculärem Lymphom (FL), die zwei vorausgegangene Therapien erhalten haben. (siehe auch [Spezialitätenliste](#))

Personalien Patient(in):

Name:	<input type="text"/>		Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum	<input type="text"/>
Geschlecht:	Grösse in cm	Gewicht in kg	Strasse:			
<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Adresszusatz:	PLZ:	Ort:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Krankenversicherer:	Versicherten-Nr.:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	Adresszusatz:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
PLZ:	Ort:					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Es handelt sich um eine/n Patientin/en mit:

Chronisch-lymphatischer B-Zell Leukämie (B-CLL)

Es handelt sich um eine Therapie ab der **2. Linie**, welche folgende Bedingungen erfüllt:

In Kombination mit Rituximab (bis max. 8 Zyklen)

Zu den Komorbiditäten, zutreffende(s) ankreuzen (ein Kriterium genügt gemäss Limitatio):

Schwere Neutropenie
(< 500 neutrophile
Granulozyten/µl*)

Schwere Thrombozytopenie
(< 50.000 Thrombozyten/µl*)

Kreatininclearance
(<60 ml/min)

Cumulative Illnes
Rating Scale
(CIRS Score > 6)
Wert:

Zu CIRS Score vergleichbarer Wert eines anderen anerkannten Bewertungssystems.
Name des Systems und Bewertung:

Bei Frührezidiven (gemäss Leitlinien bis zu maximal 3 Jahren)

Patient/in ist für Chemoimmuntherapie ungeeignet. Falls ungeeignet für Chemoimmuntherapie, kurze Beschreibung, weshalb:

Follikulärem Lymphom (FL).

Patient/in hatte mindestens 2 Vortherapien, nämlich:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: