

Limitatio:

Harvoni wird zur Behandlung der chronischen Hepatitis C (CHC) vom Genotyp 1 bei Erwachsenen angewendet, die eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Bioptisch nachgewiesene Leberfibrose Grad 2, 3 oder 4 (Metavir-Score) oder zweimal im Abstand von mindestens 3 Monaten mittels Fibroscan gemessene erhöhte Lebersteifigkeit von ≥ 7.5 kPa.
- Symptomatische Patienten mit einer extrahepatischen Manifestation der Hepatitis-C-Infektion unabhängig von Leberschäden.
- Patienten mit dekompensierter Zirrhose und/oder Patienten vor oder nach Lebertransplantation.

Die maximale Vergütungsdauer ist wie folgt zu begrenzen:

- Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit Leberfibrose Grad 2 und HCV RNA vor der Behandlung < 6 Millionen I.E./ml: 8 Wochen
- Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit Leberfibrose Grad 3 und HCV RNA vor der Behandlung < 6 Millionen I.E./ml: 8 bis 12 Wochen
- Therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit HCV RNA vor der Behandlung > 6 Millionen I.E./ml: 12 Wochen
- Therapienaive Patienten mit Zirrhose: 12 Wochen
- Therapieerfahrene Patienten ohne Zirrhose: 12 Wochen
- Therapieerfahrene Patienten mit Zirrhose: 12 bis 24 Wochen.

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Gastroenterologie, insbesondere Träger des Schwerpunkttitels Hepatologie oder durch Fachärzte für Infektiologie, sowie durch ausgewählte Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC erfolgen. Die entsprechende Liste der Ärzte mit Erfahrung in Suchtmedizin und in der Behandlung von CHC ist unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Kombinationstherapien mit weiteren Hepatitis C Medikamenten werden nicht vergütet.

Personalien Patient(in):

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:	Strasse:	Adresszusatz:
<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:	
<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"/>	

Es handelt sich um einen Patienten (Patientin) mit einer chronischen HCV vom Genotyp 1:

Hat Pat einen Fibrosegrad $\geq F2$ (Metavir-Score) oder Fibroscan >7.5 kPa? Ja Nein

Hat Pat eine extrahepatische Manifestation? Ja Nein

Falls ja, welche:

Patient(in) ist auf Transplantationsliste oder bereits lebertransplantiert. Geplantes Vorgehen:

Patient(in) hat eine dekompensierte Zirrhose. Geplantes Vorgehen:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:..... Stempel/Unterschrift:.....