

# Stelara® (Ustekinumab)

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Gesuch für den Einsatz von Stelara® bei mittelschwerer bis schwerer aktiver **Colitis Ulcerosa** oder einem mittelschweren bis schweren **Morbus Crohn**. **Nicht für alle anderen Indikationen.**

**Limitatio (Auszug Colitis ulcerosa):** Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem Biologikum ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. Falls nach 2 Gaben respektive 16 Wochen nach der ersten Gabe (Induktionstherapie) kein klinisches Ansprechen eingetreten ist, soll die Behandlung abgebrochen werden. Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen in der Erhaltungstherapie bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA nach einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Gastroenterologie oder Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

**Limitatio (Auszug Morbus Crohn):** Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, bei denen konventionelle Therapien oder die Behandlung mit einem TNF $\alpha$ -Antagonisten ungenügend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls auf acht Wochen bei Patienten mit hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität sowie eine Weiterbehandlung mit STELARA von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Gastroenterologie oder Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

### Personalien Patientin/Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Patientin/Patient leidet an:

mittelschwerer bis schwerer aktiver **Colitis Ulcerosa**  mittelschwerem bis schwerem aktivem **Morbus Crohn**

**A. Erstbehandlung** mit Stelara®. Angaben zur Vorbehandlung und Verlauf:

**B. Verkürzung des Dosierungsintervalls** auf acht Wochen aufgrund hoher mukosaler und systemischer Entzündungsaktivität

**C. Weiterbehandlung** nach einem Jahr

Angaben zur bisherigen Therapie mit Stelara®:

### Anfragender Arzt/Ärztin

Fachärztin/Facharzt für Gastroenterologie

Universitätsklinik/Poliklinik

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: