

# Entyvio® (Vedolizumab)

## Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

### Limitatio:

Zur Behandlung von Erwachsenen von mittel- bis hochgradig aktiver Colitis ulcerosa und mittel- bis hochgradig aktivem Morbus Crohn, die auf die Standardtherapie\* oder einen Antagonisten von Tumornekrosefaktor alpha (TNF $\alpha$ ) nicht ausreichend oder nicht mehr ansprechen oder Unverträglichkeit zeigen.

**Entyvio intravenös:** Bei einem Nicht-Ansprechen bis 14 Wochen soll Entyvio IV abgesetzt werden. Eine Verkürzung des Dosierungsintervalls von Entyvio IV auf vier Wochen bei Patienten, die eine Verminderung des Therapieansprechens zeigen, sowie eine Weiterbehandlung nach einer Therapie mit Entyvio von einem Jahr bedürfen der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Entyvio subkutan:** Eine Umstellung auf Entyvio subkutan (subkutanes Vedolizumab) als Erhaltungstherapie erfolgt nach mindestens zwei intravenösen Infusionen von Entyvio. Eine Weiterbehandlung nach einer Therapie mit Entyvio von einem Jahr bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

\* z.B. Azathioprin, 6-Mercaptopurin, 5-Aminosalizsäure, Steroide

### 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 (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Es handelt sich um eine/n Patientin/en mit:  Morbus Crohn  Colitis Ulcerosa

Beginn der Therapie mit Entyvio® (Monat/Jahr):

Bisheriger Verlauf der Therapie mit Entyvio®:

### Grund des Kostengutsprache-Gesuch:

- Verkürzung des Dosierungsintervalls von Entyvio IV auf 4 Wochen, Patientin/Patient, zeigt eine Verminderung des Therapieansprechens.
- Weiterbehandlung nach einjähriger Therapie mit Entyvio® IV oder subkutan.

### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: