

Ilumetri® (Tildrakizumab 100 mg) / (200 mg)

Checkliste zu Handen Versicherung

Limitatio: Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 28-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Pro Verabreichung wird eine maximale Dosis von 100mg vergütet. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Nicht zur Behandlung Psoriatischer Arthritis.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Ilumetri® wird für die Behandlung der schweren Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen Patienten angewendet

Vorhandensein spezieller Manifestationen (Spezielle Manifestationen bei einem Patienten mit einem milden Befall können zu einer schweren Klassifizierung führen):

- Befall von gut sichtbaren Körperstellen
- Befall der Handflächen, Fusssohlen und Genitalien
- Onycholyse oder Onychodystrophie von mindestens zwei Fingernägeln
- Grossflächiger Befall der Kopfhaut
- Starker Juckreiz, auf welchen mit Kratzen reagiert wird
- Hartnäckige Plaques

Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Phototherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitretin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: