

# Opdivo® (Nivolumab)

## Kostengutsprache gesuch zu Handen der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes

**Indikation: Kolorektales Karzinom (CRC) mit dMMR/ MSI-H.** Für andere Indikationen kann das Formular nicht eingesetzt werden.

**Limitatio (Auszug):** Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom mit fehlerhafter DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin. Die Dosierung beträgt maximal 240 mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240 mg-Vial. Die Patienten können bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. (Indikationscode: 20461.08)

### Personalien Patientin:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ 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 einem metastasierten kolorektalem Karzinom mit fehlerhafter DNA Mismatch-Reparatur (dMMR) oder hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) nach vorangegangener Fluoropyrimidin-basierter Therapie in Kombination mit Irinotecan oder Oxaliplatin.

Zur Vorbehandlung:

Welche(s) Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nebendiagnose(n):

Geplanter Beginn der Behandlung mit Opdivo® (240 mg alle 2 Wochen):

Bemerkungen/Ergänzungen:

### Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.:  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: