

Soliris® (Eculizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Für die Behandlung von Erwachsenen mit refraktärer generalisierter Myasthenia gravis (gMG) bei Acetylcholinrezeptor (AChR)-Antikörper-positiven Patienten. (siehe „Eigenschaften/Wirkungen“).
Nicht für andere Indikationen.

Siehe auch Fachinformation Swissmedic unter www.swissmedicinfo.ch

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:

Patientin/Patient leidet an einer refraktären generalisierten antikörper positiven Myasthenia gravis (gMG) bei Acetylcholinrezeptor (AChR)-Antikörper-Positivität.

Es handelt sich um:

Erstverschreibung Verlaufskontrolle nach Monaten

Bisherige Therapien: von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Sofern weitere Vortherapien, bitte hier ergänzen:

Klinische Evaluation des Patienten (MG-ADL und QMG Score)

MG-ADL gemessen am Punktzahl (24 = maximale Krankheitslast)

QMG gemessen am Punktzahl (39 = maximale Krankheitslast)

Ergänzungen (beispielsweise Beatmungspflichtigkeit, Hospitalisationen in der Vergangenheit, Exacerbationen):

Begründung der Therapiewahl mit Soliris (da nicht in der Spezialitätenliste). Bitte auch entsprechende Literatur beilegen):

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: