

Tezpire® (Tezepelumab)

Kostengutsprache gesuch Therapiefortsetzung

Limitatio: Befristete Limitierung bis 31.01.2025

Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von 210 mg alle 4 Wochen bei Erwachsenen mit schwerem Typ 2 Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

- Mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten *UND*
- eine Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.3 G/L *ODER*
- einer Eosinophilenzahl im Blut von ≥ 0.15 G/L und einen FeNO-Wert von ≥ 50 ppb.

Zur Asthmaeinstellung werden keine systemischen Kortikosteroide als Dauertherapie eingesetzt.

Spätestens nach 24 Wochen und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht einer Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate.

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Tezepelumab in der Indikation Asthma darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen.

Personalien Patient(in):

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):

Bestätigung des Therapieerfolges:

nach 6 Gaben (6 Monaten)

jährlich

Reduktion klinisch relevanter Exazerbationen gegenüber Therapiestart um $\geq 50\%$ und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate (gemäss Limitatio: Reduktion von $\geq 50\%$)

trifft zu

trifft nicht zu

In den letzten 24 Wochen seit Therapiestart:

Exazerbationen

In den letzten 12 Monaten seit Therapiestart:

Exazerbationen

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Ist Fachärztin/Facharzt für:

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum:

Limitatio: siehe auch ([SL](#)).