

BLINCYTO® (Blinatumomab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Limitatio: BLINCYTO wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Philadelphia-Chromosom-negativen akuten lymphoblastischen B-Vorläufer-ALL (akute lymphoblastische Leukämie),

- welche refraktär auf ihre primäre Induktions- oder Salvage-Therapie sind oder
- welche ein erstes oder darauf folgendes Rezidiv oder ein Rezidiv nach einer Stammzelltransplantation aufweisen und welche eine Kombinationschemotherapie in der initialen ALL-Behandlung oder in einer Salvage-Therapie erhalten haben und eine Blastenzahl von $\geq 5\%$ aufweisen, vergütet. Eine Behandlung mit BLINCYTO soll an spezialisierten hämatologischen Zentren erfolgen, welche die Infrastruktur, die Fachkenntnisse und die Erfahrung im Management von ALL-Patienten aufweisen. Blincyto wird nur vergütet, wenn die erforderlichen Daten im Rahmen der Beobachtungsstudie 20150136 (NCT03117621) erfasst werden. Blincyto kann über 5 Zyklen eingesetzt werden, wird jedoch maximal für 2 Zyklen vergütet. Muss Blincyto > 2 Zyklen eingesetzt werden vergütet die AMGEN Switzerland AG im Rahmen einer Behandlung mit BLINCYTO nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, ab der 55. Packung BLINCYTO den Fabrikabgabepreis. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu den Rückvergütungsbeträgen zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll innerhalb von 6 Monaten nach Verabreichung erfolgen.

Personalien Patient:

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): Diagnose:

- Es handelt sich um eine rezidivierende oder refraktäre Philadelphia-Chromosom-negative akute lymphoblastische B-Vorläufer-ALL (akute lymphoblastische Leukämie)

Bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand, inkl. Bemerkungen:

Anfragende(r) Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: