

Opdivo® (Nivolumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Handen der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes

Indikation: Melanom adjuvant als Monotherapie. Für andere Indikationen kann das Formular nicht eingesetzt werden.

Limitatio (Auszug): Als Monotherapie für die adjuvante Behandlung des Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung oder Fernmetastasen (Stadium IIIB, IIIC oder IV nach AJCC 7th edition) nach vollständiger Resektion bei Patienten ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms. Die adjuvante Therapie mit Nivolumab soll innerhalb von 15 Wochen nach Resektion gestartet werden. Die Dosierung beträgt maximal 240mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240mg-Vial. Die Patienten können bis zu maximal 12 Monaten oder bis zu einem vorher auftretenden Rezidiv der Erkrankung behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. (Indikationscode: 20461.07)

Personalien Patientin:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Geschlecht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Strasse:	Adresszusatz:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:	Krankenversicherer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherten-Nr.:	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresszusatz:	PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

PatientIn nach vollständiger Resektion eines Melanoms mit regionaler Lymphknotenbeteiligung/Fernmetastasen (Stadium IIIB, IIIC oder IV nach AJCC 7th edition) ohne vorangegangene systemische Therapie zur Behandlung des Melanoms.

Nebendiagnose(n):

Vorgesehene Therapie Opdivo® (empfohlene Dosierung gemäss Fachinformation: 240 mg alle 2 Wochen):

Geplanter Beginn der Behandlung mit Opdivo®:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Arzt/Ärztin:

Name:	Vorname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	Abteilung:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datum: