

Spinraza® (Nusinersen)

Kostengutsprache gesuch Therapiestart (Erstverschreibung)

Limitatio (Auszug): SPINRAZA darf nur in Spital-basierten, spezialisierten neuromuskulären Zentren des Netzwerks Myosuisse (siehe z.B. www.fsrm.ch/projekte/netzwerk-myosuisse) von einem Facharzt der Neurologie/Neuropädiatrie verschrieben und verabreicht werden. Das behandelnde medizinische Personal muss zwingend Erfahrung mit der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit spinaler Muskelatrophie und in der Durchführung von intrathekalen Anwendungen durch Lumbalpunktion haben.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:
Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:
PLZ: Ort:

IV-Zweigstelle:

AHV-Nr.:
Adresse Zweigstelle (resp. RAD): Adresszusatz:
PLZ: Ort:

oder, falls Gesuch an Krankenversicherer gestellt wird:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:
PLZ: Ort:

Medizinische Daten (für RAD bzw. Vertrauensarzt bestimmt):

Es liegt eine 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie (SMA) vor. SMA Typ des Patienten Typ I
 Typ II
 Typ III

Beantragtes Arzneimittel: Spinraza Inj. Lös. 12 mg/5ml (iH 10/17)
Dosierung: Intrathekale Administration von 12mg/5ml alle 4 Monate als Erhaltungsdosis

Anzahl der SMN2-Kopien :

Name des Zentrums:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Arzt/Ärztin

Name: Vorname:
Strasse: Adresszusatz:
PLZ: Ort:
Tel.: E-Mail:
bei Spital, Name des Spitals: Klinik oder Abteilung:
Datum: