

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarzt/ärztin

Indikation: HR+/HER2-Mammakarzinom (HER2-: IHC 0, 1+, 2+/ISH-)

Limitatio (Auszug):

Befristete Limitation bis 30.04.2026 (mit Preismodell)

Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativem Mammakarzinom, die eine Endokrin-basierte Therapie in Kombination mit einem CDK4/6-Inhibitor unabhängig vom Krankheitsstadium und mindestens zwei systemische Chemotherapielinien im metastasierten Stadium erhalten haben und die auf die letzte Therapie eine Krankheitsprogression aufzeigten.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21290.02**

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, Patient/in

- ist an einem nicht resezierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Hormonrezeptor (HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativen (HR+/HER2-) Mammakarzinom erkrankt.
- hat eine Endokrin-basierte Therapie in Kombination mit einem CDK4/6-Inhibitor (unabhängig vom Krankheitsstadium) erhalten.
- hat mindestens zwei systemische Chemotherapielinien im metastasierten Stadium erhalten und zeigt Krankheitsprogression.

Vorthherapie

Welches Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
Endokrine Therapie(n) & CDK4/6-Inhibitor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Chemotherapie (metastasiert)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Chemotherapie (metastasiert)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weitere Therapie(n)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [Spezialitätenliste](#)