

IMFINZI® (Durvalumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste unter www.spezialitaetenliste.ch

Limitatio als Erstlinienbehandlung beim Biliären Karzinom (BTC)

Imfinzi® in Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin als Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patient:innen mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem, histologisch bestätigtem, inoperablem biliärem Karzinom.

Indikationscode: 20791.03

Personalien Patient:in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Krankenversicherer: _____ Versicherten-Nr: _____
Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): _____ PLZ/Ort Versicherer: _____

Diagnose:

Erstlinienbehandlung beim Biliären Karzinom (BTC, biliary tract carcinoma): Die Patientin/der Patient leidet an lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem, histologisch bestätigtem, inoperablem biliärem Karzinom.

Indikationscode: 20791.03

Zum Einsatz von Imfinzi®

Die empfohlene Dosis von Imfinzi® beträgt 1500 mg in Kombination mit Chemotherapie alle 3 Wochen (21 Tage) für bis zu 8 Zyklen, gefolgt von 1500 mg alle 4 Wochen als Monotherapie, bis zur Krankheitsprogression oder inakzeptablen Toxizität. Als Chemotherapie wird Gemcitabin 1000 mg/m² und Cisplatin 25 mg/m² (jeweils verabreicht an den Tagen 1 und 8) alle 3 Wochen (21 Tage) für bis zu 8 Zyklen verabreicht.

Geplanter Beginn der Therapie mit Imfinzi®:

Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
Bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: _____ Abteilung: _____
Datum: _____ Unterschrift: _____