

MAVENCLAD® (CLADRIBIN)

MEDIKAMENT BEI MULTIPLER SKLEROSE

KOSTENGUTSPRACHEGESUCH

1. INFORMATIONEN ZUR THERAPIE MIT MAVENCLAD®

- Orale gewichtsadaptierte Therapie.
- Empfohlene kumulative Dosis: 3.5 mg/kg Körpergewicht über 2 Jahre, angewendet als 1 Behandlungsphase von 1.75 mg/kg pro Jahr.
- Keine weitere Behandlung mit MAVENCLAD® in den Jahren 3 und 4 erforderlich.

2. INDIKATION FÜR MAVENCLAD®

MAVENCLAD® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit **hochaktiver** schubförmig remittierender Multipler Sklerose (MS) **definiert durch klinische oder bildgebende Befunde**, bei folgenden Patientengruppen:

VORBEHANDELTE PATIENTEN: Patienten mit hoher Krankheitsaktivität (definiert durch klinische oder bildgebende Befunde) trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie (in der Regel während mindestens 6 Monaten)

Aktuelle Behandlung:

Dauer der aktuellen Behandlung:

Falls kürzer als 6 Monate bitte begründen:

Ergänzungen, Bemerkungen:

NICHT VORBEHANDELTE PATIENTEN: Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose

2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr
und 1 oder mehr Gadolinium anreichernden Läsionen im MRI des Gehirns

oder

2 oder mehr Schübe mit Behinderungscharakter in einem Jahr
und signifikante Erhöhung der T2 Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRI

Anzahl Schübe in den letzten 12 Monaten:

Anzahl Schübe in den letzten 12 Monaten:

Anzahl Gadolinium anreichernde Läsionen:

Datum MRI 1:

Datum MRI 2:

Datum MRI:

Anzahl T2 Läsionen:

Anzahl T2 Läsionen:

Ergänzungen, Bemerkungen:

Ergänzungen, Bemerkungen:

3. PERSONALIEN PATIENT/PATIENTIN

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	männlich weiblich
Gewicht:	Telefon:
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Krankenversicherer:	Versicherungs-Nr.:

4. VERORDNENDER ARZT (NEUROLOGE)

Name:	Vorname:
Adresse:	
PLZ/Ort:	FMH Titel:
Telefon:	Fax:
bei Spital, Name Spital:	ZSR-Nr.:

Datum, Unterschrift: