

# Kostengutsprache gesuch für DUPIXENT® (Dupilumab) 300 mg bei CRSwNP (Code 20819.06)

Name der Versicherung
Vertrauensarzt
Strasse/Nr.
PLZ/Ort

--





<b>Patient/-in</b>	
Name	Vorname
Versicherungsnummer	

## Erstverordnung





### Erneuerung der Kostengutsprache nach bisheriger Behandlung unter Artikel 71

(zur Bestätigung der erfüllten Limitatio)





Die Limitatio für eine Therapie mit DUPIXENT® ist erfüllt, wenn alle in den Kategorien A–F genannten Kriterien sowie mind. 1 weiteres Kriterium aus der Kategorie G zutreffen:

<b>A: Alter</b>  Erwachsener Patient  	<b>B: Befund</b>  Bilaterale Nasenpolypen  	<b>C: Vorbehandlungen</b>  Rezidiv/Kontraindikation innerhalb von 2 Jahren Nach Standardtherapie mit topischen und systemischen Kortikosteroiden Nach mindestens 1 chirurgischen Vorbehandlung   
---	--	--

### Bestätigung anhaltender Symptome über mind. 12 Wochen

<b>D: Schweregrad objektiv</b> <b>Nasenpolypen-Score (NPS) <math>\geq 5</math></b> (Bereich 0–8), wobei mind. 2 in jeder Nasenhöhle: Wert links:  Wert rechts: 	<b>E: Schweregrad subjektiv</b> <b>Sinu-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) <math>\geq 50</math></b> (Bereich 0 bis 110) Wert: 	<b>F: Schweregrad Nasenatmung</b> <b>Nasal Congestion Score (NCS) <math>\geq 2</math></b> (Bereich 0 bis 3) Wert: 
---	---	--

### Und mindestens 1 weiteres Symptom wie ...

<b>G1: Hyposmie/Anosmie</b> <b>University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT) <math>\leq 25</math></b> (Bereich 0 bis 40) Wert: 	oder	<b>G2: Hyposmie/Anosmie</b> <b>Sniffin' Sticks Test mit mind. 16 Items <math>\leq 10</math></b> Wert: 	oder	<b>G3: Rhinorrhoe Anterior</b> 	oder	<b>G4: Rhinorrhoe Posterior</b> 
---	------	---	------	---	------	--

**Bestätigung** (falls die Kostengutsprache nicht durch Facharzt/Fachärztin in HNO beantragt wird):

Es wird hiermit bestätigt, dass die Evaluation und Beurteilung der rhinoskopischen Parameter bei Therapiebeginn und Nachkontrolle sowie die Diagnosestellung der CRSwNP bei Erstverschreibung durch einen/eine Facharzt/Fachärztin der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erfolgt ist.

**Ergänzende Informationen:**

**Bestätigung Therapieerfolg / Antrag zur Weiterbehandlung mit DUPIXENT®**

Behandlungsbeginn:

Der Therapieerfolg ist gegeben, wenn 3 der 5 nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

**1** Verbesserung NPS-Score  $\geq 1.0$

NPS vor Behandlung:

NPS aktuell:

**2** Verbesserung im SNOT-22-Score  $\geq 9.0$

SNOT-22 vor Behandlung:

SNOT-22 aktuell:

**3** Reduktion Steroidbedarf:

- Maximal 1 orale Steroidtherapie pro 6 Monate **SOWIE**
- Maximal jährliche Kumulativdosis von 250 mg/Jahr Prednisonäquivalent

**Vor Behandlung:**

Anzahl oraler Steroideinsätze/Jahr:

Kumulativdosis/Jahr Prednisonäquivalent:

**Aktuell:**

Steroideinsätze letzte 6 Monate:

Kumulativdosis Prednisonäquivalent  
letzte 12 Monate:

**4** Verbesserung Geruchssinn:

- Verbesserung UPSIT um mind. 10 % oder bei Anosmie minimal erreichte Verbesserung auf 19 Punkte
- ODER**
- Verbesserung des Sniffin' Sticks Test mit mindestens 16 Items um mindestens 2 Punkte oder bei Anosmie minimal erreichte Verbesserung auf 8 Punkte

**Vor Behandlung:**

UPSIT

Sniffin' Sticks Test

**Aktuell:**

UPSIT

Sniffin' Sticks Test

**5** Klinisch relevante **Verbesserung der Komorbiditäten** (bzgl. der vergüteten Indikationen von DUPIXENT®)

**Bestehende Komorbidität(-en):**

Atopische Dermatitis

Asthma

**Bestätigung** (falls die Kostengutsprache nicht durch Facharzt/Fachärztin in HNO beantragt wird):

Es wird hiermit bestätigt, dass die Evaluation und Beurteilung der rhinoskopischen Parameter bei Therapiebeginn und Nachkontrolle sowie die Diagnosestellung der CRSwNP bei Erstverschreibung durch einen/eine Facharzt/Fachärztin der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erfolgt ist.

## Ergänzende Informationen:

**Beantragtes Arzneimittel:** DUPIXENT® (Dupilumab) 300 mg alle 2 Wochen als Fertigspritze oder Fertigen

**Indikation:** Schwere chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP)

Indikation gemäss Fachinformation: DUPIXENT® ist als Zusatztherapie zu intranasalen Kortikosteroiden für die Behandlung von Erwachsenen mit schwerer CRSwNP indiziert, bei denen eine Therapie mit systemischen Kortikosteroiden und/oder eine Operation keine ausreichende Krankheitskontrolle ermöglicht.

## Datenblatt **Angaben Patient/-in und verordnende/-r Arzt/Ärztin**

### Patient/-in

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sprache

Deutsch

Französisch

Italienisch

Strasse/Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

### Verordnende/-r Arzt/Ärztin

Spital/Arztpraxis

ZSR-Nr.

Name

Vorname

Facharzttitel

Strasse/Nr.

Postfach

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Adresse/Stempel/Unterschrift verordnende/-r Arzt/Ärztin

Ort

Datum

Siehe auch Spezialitätenliste