

ANMELDUNG & DELEGATION

VENCLYXTO® – Therapiestart Zuhause



Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie dieses unterschrieben zurück an:
 contact@mediservice.ch, per Post: MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil oder Fax: +41 (0) 32 686 20 30

ANMELDUNG

Hiermit möchte ich meinen Patienten für das Patientenunterstützungsprogramm
 «VENCLYXTO® – Therapiestart Zuhause» anmelden:

Daten des behandelnden Arztes	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	Fax:
Strasse/Nr.:	E-Mail:
PLZ/Ort:	
Patientendaten (inkl. Patientenetikette)	
Patientensprache D F I	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	E-Mail:
PLZ/Ort:	Geburtsdatum:

ANGABEN ZUR BEHANDLUNG DES PATIENTEN

Patientendiagnose: CLL (Behandlung in der 2. Linie)*

TLS-Risiko: Tiefes bis erhöhtes TLS-Risiko*

Verschriebenes Medikament: VENCLYXTO® - Filmtabletten

Medikamentenlieferung: Gewünschte Lieferung via MediService AG

Bitte füllen Sie die zugehörige Rezeptvorlage aus und senden diese an:

MediService AG

E-Mail: contact@mediservice.ch
 oder per Post: MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
 oder Fax: +41 (0) 32 686 20 30

Weitere Kommentare und Anmerkungen

z. B. «Ich wünsche als behandelnder Arzt einen Kennenlernbesuch mit der zuständigen Pflegefachperson (persönlich, per Telefonanruf oder Videokonferenz)»

DELEGATION

Die Blutentnahmen sollen nach Abnahme in folgendes Labor gebracht werden

Labor-Adresse:

Kontaktperson:

Tel:

Woche	Blutentnahme	Uhrzeit	Gemäss Fachinformation empfohlene laborchemische Blutuntersuchungen	weitere Anmerkungen
Woche 1 (20 mg)	Tag 0	vor Dosisaufnahme (z.B. 24 Std. vorher)	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 1	6-8 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 2	24 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	OPTION 1 OPTION 2
Woche 2 (50 mg)	Tag 1	6-8 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 2	24 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	OPTION 1 OPTION 2
Woche 3 (100 mg)	Tag 1	6-8 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 2	24 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	OPTION 1 OPTION 2
Woche 4 (200 mg)	Tag 1	6-8 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 2	24 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	OPTION 1 OPTION 2
Woche 5 (400 mg)	Tag 1	6-8 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	
	Tag 2	24 Std. nach Dosisaufnahme	Kalium, Harnsäure, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Anzahl der neutrophilen Lymphozyten	OPTION 1 OPTION 2

OPTION 1: Empfehlung gemäss Fachinformation Patient nimmt zweite Dosis erst nach Laboranalyse durch den Arzt.

OPTION 2: Anpassung der Durchführung entsprechend Arztdelegation und Koordination mit Pflegefachperson Patient nimmt zweite Dosis direkt nach Blutentnahme ohne weitere Rücksprache mit dem Arzt.

Dem Patienten wurden Patientenetiketten und Laborformulare mitgegeben

JA NEIN Die zuständige Pflegefachperson wird mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um den Erhalt der Patientenetiketten und Laborformulare zu koordinieren

Hiermit willige ich als behandelnder Arzt ein, vom MediService Team hinsichtlich der Patientenbetreuung, Blutentnahme und -Transport zum Labor kontaktiert zu werden.

Hiermit willige ich als behandelnder Arzt ein, im Falle einer unerwünschten Nebenwirkung oder anormalen Laborergebnissen kontaktiert zu werden.

UNTERSCHRIFT DES ARZTES

WICHTIG:

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass der / die Patient(in) der Therapiebegleitung durch MediService, zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

Das AbbVie Patientenunterstützungsprogramm «VENCLYXTO® – Therapiestart Zuhause» wurde initiiert um Patienten, denen bereits VENCLYXTO® zur Behandlung einer chronisch lymphatischen Leukämie (CLL) mit mindestens einer Vortherapie verschrieben wurde, bei ihrem Therapiestart gemäss der Fachinformation Zuhause zu unterstützen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation VENCLYXTO® (Venetoclax) unter www.swissmedinfo.ch.

* VENCLYXTO® wird in Kombination mit Rituximab bei Erwachsenen zur Behandlung von chronisch lymphatischer Leukämie mit ≥ 1 Vortherapie.

Als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung einer CLL mit 17p Deletion oder TP53-Mutation und Therapieversagen unter Inhibitor des B Zell-Rezeptor-Signalwegs.

* Der behandelnde Arzt ist für die Beurteilung des TLS-Risikos verantwortlich. Patienten mit hohem TLS-Risiko sind vom Programm ausgeschlossen.