

Impfbestätigung

Impfbestätigung Deutschland

Bestätigung der Impfung und/oder Antibiotikaprophylaxe

Diese Impfbestätigung muss Alexion gemäß Auflage der Zulassungsbehörde EMA für jeden neuen Patienten vor Beginn der Behandlung mit Ultomiris® (Ravulizumab) oder Soliris® (Eculizumab) vorliegen, bevor die Lieferung erfolgen kann.

Bitte vollständig ausfüllen und spätestens am Tag der Bestellung per Fax oder E-Mail senden. Vielen Dank!

An: **ALEXION** Fax: +49 (0)89 12 08 81 65
 Email: CustomerOperationsGermany@alexion.com

Vor- und Zuname des behandelnden Arztes (Bitte in Blockbuchstaben):

Klinik:

Telefon:

Straße:

Fax:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Angaben zu Arzneimittel und Indikation

Ultomiris® (Ravulizumab) **Indikation** PNH aHUS Andere (optional):

Soliris® (Eculizumab) **Indikation** PNH aHUS Andere (optional):
 refraktäre gMG NMOSD

Angaben zum Patienten

Geburtsdatum
(TT/MM/JJJJ)

- Der Patient ist/wird in ein Alexion Krankheitsregister eingeschlossen
 Dem Patienten wurde bereits einer der oben angegebenen Komplementinhibitoren verschrieben:
 Nein. Ja; Patientencode: _____

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich den o.g. Patienten bzw. die Eltern/gesetzlichen Vertreter über die Behandlung mit einem Komplementinhibitor aufgeklärt und ihm das entsprechende Informationsmaterial sowie die Patientenkarte ausgehändigt habe bzw. vor Beginn der Behandlung mit dem Komplementinhibitor aushändigen werde.

- Bitte senden Sie mir das entsprechende Informationsmaterial zu.

Der o.g. Patient (bitte Entsprechendes markieren)

- hat eine Impfung gegen Meningokokken erhalten (Empfehlung: Impfstoffe gegen die Serogruppen A, C, Y, W 135 und B)
 mindestens 2 Wochen vor Erhalt der ersten Dosis des Komplementinhibitors.
 weniger als 2 Wochen vor Erhalt der ersten Dosis des Komplementinhibitors und erhält deshalb spätestens vom 1. Behandlungstag mit dem Komplementinhibitor bis 2 Wochen nach erfolgter Impfung gegen Meningokokken eine geeignete Antibiotikaprophylaxe.
- wird vom 1. Tag der Behandlung und während der gesamten Behandlungsdauer eine Antibiotikaprophylaxe erhalten (da eine Impfung gegen Meningokokken zum aktuellen Zeitpunkt nicht angezeigt ist).

Impfstoff (optional): _____

Datum des ersten Tags der
Antibiotikagabe

Datum der Impfung
(TT/MM/JJJJ): _____

(sofern erfolgt TT/MM/JJJJ) : _____

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift:

Nur für Alexion

SAP Patienten Code wird von Alexion ausgefüllt.

Nach der Patientvalidierung wird von Alexion ein SAP Patienten Code vergeben. Dieser SAP Patienten Code und das Geburtsdatum des Patienten werden für weitere Bestellungen benötigt.