

Impfbestätigung Deutschland

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	
	E-Mail:	CustomerOperationsGermany@alexion.com	
Vor- und Nachname des verschreibenden Arztes (Bitte in Blockbuchstaben):			
Klinik:		Telefon:	
Straße:		Fax:	
PLZ, Ort:		E-Mail:	
Angaben zu Arzneimittel und Indikation			
<input type="checkbox"/> Ultomiris® (Ravulizumab)	Indikation	<input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> aHUS <input type="checkbox"/> gMG <input type="checkbox"/> NMOSD	<input type="checkbox"/> Andere (Bitte definieren):
<input type="checkbox"/> Soliris® (Eculizumab)	Indikation	<input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> aHUS <input type="checkbox"/> refraktäre gMG <input type="checkbox"/> NMOSD	<input type="checkbox"/> Andere (Bitte definieren):
Angaben zum Patienten			
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Der Patient ist/wird in ein Alexion Krankheitsregister eingeschlossen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dem Patienten wurde bereits einer der oben angegebenen Komplementinhibitoren verschrieben: <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir das entsprechende Informationsmaterial zu.			
Der o.g. Patient (bitte Entsprechendes markieren)			
<input type="checkbox"/> hat eine Impfung gegen Meningokokken erhalten (Empfehlung: Impfstoffe gegen die Serogruppen A, C, Y, W 135 und B) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mindestens 2 Wochen vor Erhalt der ersten Dosis des Komplementinhibitors. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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 der Impfung (TT/MM/JJJJ): _____		Datum des ersten Tags der Antibiotikagabe (sofern erfolgt TT/MM/JJJJ): _____	
Datum (TT/MM/JJJJ):		Unterschrift:	
Nach der Patientvalidierung durch Alexion wird dem Patienten ein eindeutiger Patientenidentifizierungscode (ID) zugewiesen, der Ihnen über die von Ihnen auf dieser Bescheinigung angegebenen Kontaktdaten zugesandt wird. Der Patientencode und das Geburtsdatum des Patienten MÜSSEN bei allen weiteren Bestellungen angegeben werden			
NUR FÜR INTERNEN ALEXION GEBRAUCH			
SAP Patienten Code.....(wird von Alexion ausgefüllt).			