



CoVID-19 Therapie

Bestellformular für im Auftrag des BMG zentral beschaffte monoklonale Antikörper

Bestellung per Mail an
arzneimittelbestellung@uk-essen.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bitte folgen Sie bei Ihrer Bestellung den unten aufgeführten Schritten. Weitergehende Informationen zum Bestellverfahren finden Sie auf Seite 2 des dreiseitigen Bestellformulars.

- Nur patientenbezogene und vollständig ausgefüllte Anforderungen werden bearbeitet –
- **Pro Patient wird nur 1 Vial je Wirkstoff in angegebener Kombination abgegeben!**
- Die kostenlose Ware wird **ausschließlich über die Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke** nach Bestand an das Krankenhaus ausgeliefert
- **Abholung durch die anfordernde Apotheke werktäglich bis 14:30 Uhr - Samstag und Sonntag um 12:30 Uhr** in der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikum Essen, Hufelandstrasse 55, 45147 Essen

Niedergelassene Arztpraxis:

- **Faxen Sie zusätzlich ein ausgefülltes Muster 16-Rezeptblatt**
- **Kühlware:** bitte bringen Sie zur Abholung eine **Kühlbox mit Kühlakku mit!**
- **Aufwandspauschale:** 33,62 EUR netto, bzw. 40 EUR brutto / Stück (Vorgabe des BMG) folgt als Rechnung

Wird von/vom verordnenden Arzt/Ärztin ausgefüllt:

<p>Anfordernde Klinik (Stempel)</p>	<p>Patientenaufkleber der Klinik</p> <p><i>Name und Geburtsdatum geschwärzt</i> (Datenschutz!) nur Fallnummer lesbar für spätere Dokumentation</p>
<p>Ärztliche Verordnung über</p> <p><input type="checkbox"/> Bamlanivimab 700 mg 1 ST (1 Vial) + Etesevimab 1 ST (1 Vial)</p> <p><input type="checkbox"/> Casirivimab / Imdevimab 120 mg 1 ST (bestehend aus 2 Vials)</p>	<p>Es wurde Rücksprache mit der Infektiologie gehalten (z.B. Beratungsnetzwerk des STAKOB). Der Einsatz erfolgt indikationsgerecht.</p> <p>..... Name des/r Gesprächspartners/in</p> <p>..... Datum der Beratung</p> <p>verordnende*r Ärztin/Arzt</p> <p>..... Stempel oder lesbarer Name</p> <p>..... Datum / Unterschrift</p>



Wird von der anfordernden Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke ausgefüllt:

Name der Apotheke: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

Bestellung für im Auftrag des BMG zentral beschafften Arzneimittel CoVID-19
Prozesskurzbeschreibung

• **In der Klinik/ Arztpraxis:**

- Sämtliche Informationen zu den vom BMG bereitgestellten monoklonalen Antikörpern finden Sie hier: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN.html
- Arzt/Ärztin trifft klinisch-therapeutische Entscheidung unter Kenntnis der ausführlichen Hinweise zum Arzneimittel auf der Internetseite des PEI: https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?nn=169730&cms_pos=4
- Beratung durch Infektiologie, z. B. Beratungsnetzwerk des STAKOB https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Infektiologie_Berater_Netzwerk/IBN_node.html;jsessionid=FE5E4ECD0D2D21213F5DA46366DC71D9.internet072
- Patientenaufkleber und Klinik-/Praxisstempel aufbringen, Arzneimittel festlegen
- Verordnung und Bestätigung durch ärztliche Unterschrift
- Anforderung an eigene Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke mit diesem Formular (wie Sonderanforderung) bzw. an **örtlich nächste Apotheke der Liste**: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Therapie/Stern-Satellitenapotheken.pdf?__blob=publicationFile

• **In der zuständigen Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke**

- Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke führt Plausibilitätsprüfung durch
- Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke trägt eigene Daten in das Formular vollständig ein und klärt Transport zur Anlieferung
- Anforderung mit diesem Formular per Mail (arzneimittelbestellung@uk-essen.de)
- **Abholung in der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikum Essen werktäglich bis 14:30 Uhr - Samstag und Sonntag um 12:30 Uhr**

• **Krankenhausapotheke zur Verteilung der Arzneimittel im Auftrag des BMG**

- Krankenhausapotheke gibt Arzneimittel an die bestellende Apotheke ab, **solange der Vorrat reicht**.
- Krankenhausapotheke dokumentiert die Weitergabe
- Wichtige Informationen und Hinweise zum Gebrauch der Arzneimittel finden Sie auf den Seiten des BfArM, bzw. PEI.

WICHTIG: Besondere Hinweise

- Behandler versendet **Verpflichtungserklärung** https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/verpflichtungserklaerung-monoklonale-antikoerper.pdf?__blob=publicationFile&v=8 an 1@bmg.bund.de
- Gewährleistung einer lückenlosen Nachverfolgbarkeit der Arzneimittel (**Chargendokumentation**)
- Dokumentation des Patientenverlaufs durch den Behandler
- Die monoklonalen Antikörper sind in Europa noch nicht für die Therapie von COVID-19 zugelassen. Die Anwendung erfolgt im Rahmen eines **individuellen Heilversuches**, so dass die Patienten dementsprechend aufgeklärt werden müssen und dies auch dokumentiert werden muss.



Interne Vermerke der zentralen Verteilstelle (Universitätsklinikum Essen)

Eingang Bestellung am ____ . ____ . 2021 um ____ : ____ Uhr _____
Datum / Namenszeichen

Warenausgang:

- Bamlanivimab 700 mg 1 ST (1 Vial) Charge: _____
(ist zwingend zu dokumentieren)
- Etesevimab 1 ST (1 Vial) Charge: _____
(ist zwingend zu dokumentieren)
- Casirivimab / Imdevimab 120 mg 1 ST (2 Vials) Charge: _____
(ist zwingend zu dokumentieren)

Abgabe durch: _____