



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 beachten Sie bei Ihrer Bestellung folgende Punkte:

Abholung durch die anfordernde Apotheke oder Arztpraxis **werktätlich bis 14:30 Uhr,
Samstag Sonntag und am Feiertag um 12.30 Uhr!**

Krankenhausapotheke der Universitätsmedizin Essen,
Hufelandstrasse 55
45147 Essen

- Nur vollständig ausgefüllte und **unterschiedene** Anforderungen werden bearbeitet
- Bitte nur ein Formular als Sammelbestellung ausfüllen, Patientenliste beifügen, Patientenbezug muss gewährleistet sein
- Es wird je Patient nur eine Dosis abgegeben
- **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

Krankenhaus:
Auslieferung an Krankenhäuser erfolgt
**ausschließlich über die eigene Krankenhaus-
apotheke bzw. öffentliche Versorgungapotheke**

Niedergelassene Arztpraxis
**Bitte zusätzlich vollständig ausgefülltes Muster
16-Rezeptblatt faxen**

Bitte unbedingt ausfüllen für die Rechnungsstellung:

Name der anfordernden Apotheke / Arztpraxis:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Mailadresse/Faxnummer:

Anfordernde Klinik (Stempel)

verordnende*r Ärztin/Arzt

**Patientenaufkleber der Klinik (bzw. bei
Sammelbestellung Patientenliste im Anhang)**

Stempel oder lesbarer Name

Name und Geburtsdatum geschwärzt
(Datenschutz!) nur Fallnummer lesbar für spätere
Dokumentation

Datum / Unterschrift

	<u>Bestellmenge</u>
<input type="checkbox"/> Xevudy® = Sotrovimab 500mg	
<input type="checkbox"/> Ronapreve® =Casirivimab/Imdevimab 1332mg/1332mg	
<input type="checkbox"/> Evusheld® = Tixagevimab150mg/ Cilgavimab 150mg Bitte beachten Sie den Hinweis zu der Verpflichtungs- erklärung des Behandlers	



WICHTIG: Besondere Hinweise

- Gewährleistung einer lückenlosen Nachverfolgbarkeit der Arzneimittel (**Chargendokumentation**)
- Dokumentation des Patientenverlaufs durch den Behandler
- **Hinweise zur Verabreichung von Tixagevimab/ Cilgavimab:**
 - Die Verabreichung erfolgt i.m. in zwei separaten, aufeinanderfolgenden Injektionen
 - Der ärztliche Anwender muss zwingend die **Verpflichtungserklärung** unterschrieben an das BMG faxen.
https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/verpflichtungserklaerung-nicht-zugelassene-mak.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- **Hinweise zur Verabreichung von Sotrovimab und Casirivimab/Imdevimab:**
 - Bei intravenöser Gabe ist die Applikation über einen **0,2 µm-Inline Filter** notwendig.
- **Hinweise zur Verabreichung von Casirivimab/Imdevimab:**
 - Bitte beachten Sie die Verlängerung der Laufzeit für die Chargen **N7533B01**, **N7533B02** und **N7533B03** von 09/21 auf **12/22**

**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/Therapie/Arzneimittel_Tab.html
 - Arzt/Ärztin trifft klinisch-therapeutische Entscheidung unter Kenntnis der ausführlichen Hinweise zum Arzneimittel auf der Internetseite des PEI
 - Bei Bedarf 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**
 - Weitergabe des Formulars an eigene Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke 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 Abholung
 - 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.



Interne Vermerke der zentralen Verteilstelle (Universitätsklinikum Essen)

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

Warenausgang:

- Casirivimab 1332mg /Imdevimab 1332mg = Ronapreve® 1 ST (2 Vials)
Anzahl Packungen : _____ Charge: _____ (zwingend anzugeben)
- Sotrovimab 500mg = Xevudy® 1 ST (1 Vial)
Anzahl Packungen : _____ Charge: _____ (zwingend anzugeben)
- Tixagevimab 150mg /Cilgavimab 150mg = Evusheld® 1 ST (2 Vials)
Anzahl Packungen : _____ Charge: _____ (zwingend anzugeben)

Abgabe durch: _____
Datum / Namenszeichen

Abholung durch: _____
Name in Klarschrift Datum / Namenszeichen