



Indikationsstellung zur Therapie der chronischen RhinoSinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP; Polyposis nasi) mit Omalizumab¹

¹ nach Klimek L. et al.: Positionspapier Anwendung von Biologika bei chronischer RhinoSinusitis mit Polyposis nasi (CRSwNP) im deutschen Gesundheitssystem von AeDA und DGHNOKHC: Omalizumab, LRO 2021

Allgemeine Daten:

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Geschlecht: weiblich männlich

Datum der Basisuntersuchung:

Diagnose:

schwere CRSwNP, seit

Indikation (ICD-10: Mehrfachnennung möglich):

- J33.1: Polyposis nasi deformans
 J33.8: Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen
 J33.9: Nasenpolyp, nicht näher bezeichnet

Eignungskriterien:

Gemäß des Positionspapiers **Anwendung von Biologika bei chronischer RhinoSinusitis mit Polyposis nasi (CRSwNP) im deutschen Gesundheitssystem¹** besteht die Indikation zur Behandlung mit Omalizumab/Xolair[®] für Patienten, bei denen nachfolgende Kriterien erfüllt sind:

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| Alter > 18 Jahre | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Diagnose schwere CRSwNP (ICD10 s.o.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Aktuelle Behandlung mit INCS | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Wirkstoff: |
| Einschränkung der Lebensqualität (QoL) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, ggf. SNOT-22 Score: |

Indikationsstellung, wenn ALLE 4 Punkte erfüllt sind

Weitere Eignungskriterien:

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| Vorbehandlung mit systemischen GKS: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, ca. ____ mal in den letzten 5 Jahren, zuletzt: |
| | | Wirkstoff:, Dosis ____ mg, über ____ Tage |
| NNH-Operationen: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt: ____, davon in den letzten 10 Jahren: ____, zuletzt: |
| Nachweis / Hinweis auf eine zugrundeliegende Typ-2-Inflammation (Blut-EOS, Gesamt-IgE): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nasaler Polypen-Score ≥ 4 von 8 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, NPS: |
| Kontraindikationen für NNH-Operation trotz gegebener OP-Indikation: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Beidseitige Polyposis nasi: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nachweis signifikante Riechstörung: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, |
| | | Sniffin' Sticks Score: |
| | | UPSIT Score: |
| | | anderer Riechtest: |
| Bekanntes Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Schweregrad: / ACT-Score: |
| Bekanntes chronisch-spontane Urtikaria (csU): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bekanntes ASS-Intoleranz-Syndrom (N-ERD, M. Samter): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ausschluss anderer Differentialdiagnosen: (wie z.B. Mukozelen; Mukoviszidose etc.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Sonstiges (z.B. relevante Begleiterkrankungen etc.):

Indikation ist gegeben: Nein Ja

Serum-IgE (I.E./ml)	Körpergewicht (kg):	<input type="radio"/> Alle 2 Wochen	Datum der ersten Applikation:
Errechnete Xolair [®] -Dosis:	mg (vgl. Dosierungstabelle)	<input type="radio"/> Alle 4 Wochen
			Chargennr.:

Datum: Unterschrift:

CRSwNP: Chronische RhinoSinusitis mit Nasenpolypen // INCS: Intranasale Corticosteroids // sGKS: systemische Glukokortikosteroide // UPSIT: University of Pennsylvania Smell Identification Test // N-ERD: Non-steroidal anti-inflammatory Drugs // QoL: Quality of Life