CNS
d'Gesondheetskeess

Demande de prise en charge du médicament REPATHA

Matricule du patient	__ __ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ __ __
Nom et prénom	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	__ __ __ __ __ __ __ __

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que pour le patient nommé ci-dessus l'indication d'un traitement par REPATHA est posée : (prière de cocher l'indication posée)

A Dans le cadre d'une Hypercholestérolémie ou dyslipidémie mixte

Repatha est indiqué chez l'adulte présentant une hypercholestérolémie primaire (hétérozygote familiale et non familiale) ou une dyslipidémie mixte, et chez les patients pédiatriques à partir de 10 ans présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote, en complément d'un régime alimentaire :

- ☐ en association avec une statine seule ou une statine avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients ne pouvant atteindre les objectifs de LDL-C, sous statine à dose maximale tolérée,
- ☐ seul ou en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients intolérants aux statines, ou chez qui les statines sont contre-indiquées.

ou

B Dans le cadre d'une Hypercholestérolémie familiale homozygote

- ☐ Repatha est indiqué chez l'adulte et l'adolescent à partir de 10 ans présentant une hypercholestérolémie familiale homozygote en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes.

ou

C Dans le cadre d'une Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie

Repatha est indiqué chez les adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ou artériopathie périphérique) pour réduire le risque cardiovasculaire en diminuant le taux de LDL-C, en complément de la correction des autres facteurs de risque :

- ☐ en association avec une statine à la dose maximale tolérée avec ou sans autres thérapies hypolipémiantes ou,
- ☐ seul ou en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients intolérants aux statines, ou chez qui les statines sont contre-indiquées.

En cas de traitement antérieur avec un médicament limitant l'activité de la protéine PCSK9 ou inhibant l'ACL, veuillez indiquer le nom du médicament en question et préciser si ce traitement est arrêté/va être arrêté :

.....

☐ Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,
Fax : (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date	