

Demande de prise en charge du médicament NUSTENDI

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	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 NUSTENDI est posée : (prière de cocher le traitement prévu)

Dans le cadre d'une Hypercholestérolémie ou dyslipidémie mixte, NUSTENDI est indiqué chez l'adulte présentant une hypercholestérolémie primaire (hétérozygote familiale et non familiale) ou une dyslipidémie mixte, en complément d'un régime alimentaire :

- en association avec une statine chez les patients ne pouvant pas atteindre les objectifs de LDL-C sous statine à dose maximale tolérée en plus d'ézétimibe;
- en monothérapie chez les patients qui sont intolérants aux statines ou chez qui les statines sont contre-indiquées, et qui ne peuvent pas atteindre les objectifs de LDL-C avec de l'ézétimibe seul;
- chez les patients recevant déjà une association d'acide bempédoïque et d'ézétimibe sous forme de comprimés distincts avec ou sans statine.

Ces indications sont celles reprises dans le résumé des caractéristiques officiellement approuvé qui précise qu'actuellement : « L'effet de l'acide bempédoïque sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires n'a pas encore été déterminé. »

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	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------