

**Demande de prise en charge du médicament REPATHA**

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 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, 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 12 ans présentant une hypercholestérolémie familiale homozygote en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes.

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

**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 Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------