

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

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

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints de l'hyperkaliémie chronique de l'adulte, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e) remplit les critères statutaires de prise en charge de VELTASSA :

*La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le contrôle de l'hyperkaliémie chronique de l'adulte chez qui toutes les conditions suivantes sont remplies :*

1. *Patient souffrant de diabète et/ou d'insuffisance cardiaque et/ou de protéinurie > 1g/24h, chez qui un traitement avec un inhibiteur RAAS est nécessaire pour des raisons cliniques, et chez qui les conditions suivantes sont remplies :*
  - *La posologie d'inhibiteur RAAS qui est cliniquement nécessaire chez le bénéficiaire ne peut pas être administrée suite à une hyperkaliémie récidivante,*
  - *ET Patient souffrant de maladie rénale chronique stade 3 ou 4 avec un eGFR entre 15 et 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>,*
  - *ET Hyperkaliémie récidivante de >5,1mEq/l depuis le traitement avec un inhibiteur RAAS, malgré le régime à faible teneur en potassium et la correction d'une éventuelle acidose métabolique,*
  - *ET Un effet insuffisant lors de l'utilisation d'un diurétique de l'anse si cliniquement indiqué,*
2. *Il n'y a pas des antécédents d'occlusion intestinale ou d'intervention chirurgicale gastro-intestinale majeure, d'affections gastro-intestinales graves ou de troubles de la déglutition.*
3. *Le taux sérique de potassium ne dépasse pas le 6,5 mEq/l au début du traitement.*
4. *Le taux sérique de magnésium doit être surveillé pendant au moins 1 mois après le début du traitement et un traitement par suppléments de magnésium doit être donné sur base du besoin clinique.*

Je tiens à disposition du médecin-conseil du CMSS les pièces médicales objectivant la pathologie déclarée.

**Note au prescripteur :**

**Sur base du présent document, la CNS donne l'accord initial. L'accord pour une prolongation de la prise en charge est donné sur base d'une simple ordonnance médicale établie par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints d'hyperkaliémie chronique.**

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