

# Remboursement de Repatha® (evolocumab)

**Aucune demande de garantie de prise en charge préalable auprès de l'assurance maladie est nécessaire.**

En cas de questions de l'assurance maladie ou si vous souhaitez tout de même soumettre une demande au préalable, vous pouvez utiliser ce formulaire. La limitation de Repatha® (evolocumab) est disponible sur [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch).

Il s'agit d'un(e)



**Prescription initiale**

Remplissez les sections 1, 2 et 3



**Contrôle des résultats**

Remplissez les sections 1 et 4

1

## Données personnelles du patient / de la patiente

*Nom / Prénom* *Date de naissance*

*Rue* *Sexe*

*NPA / Localité*

## Assureur maladie

*Nom* *No d'assuré(e)*

*SMC / médecin-conseil* *E-mail*

*Rue* *NPA / Localité*

2

## Anamnèse

**Prévention secondaire:** Après un événement cardiovasculaire ischémique athérosclérotique cliniquement manifeste



**LDL-C > 1.8 mmol/l**

lors du traitement antérieur

\_\_\_\_\_ **OU** \_\_\_\_\_  
*Valeur de LDL-C avant traitement par Repatha®* *mmol/l* *Date de la mesure*

**Prévention primaire:** Chez les patients à partir de 10 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote ou homozygote



**LDL-C > 2.6 mmol/l**

lors du traitement antérieur

3

## Traitement antérieur



**Avec statine:** Traitement pendant au moins **3 mois** avec au moins **2 statines différentes** à la posologie maximale tolérée (avec ou sans ézetimibe)

Statine	Dosage	Durée du traitement
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	

\_\_\_\_\_ **OU** \_\_\_\_\_



**Bei belegter Statinunverträglichkeit\*:** Behandlung über mindestens **3 Monate** mit **Ezetimib**

Statine	Intolérance	Durée du traitement par ézetimibe
1 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Myalgie	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Élévation de CK ( $\geq 5 \times$ ULN)	
	<input type="checkbox"/> Hépatopathie sévère	

\* Une intolérance aux statines est attestée quand une tentative de traitement avec au moins deux statines différentes a conduit à des myalgies ou à une augmentation de la créatinine kinase d'au moins cinq fois la valeur normale supérieure (ULN) ou une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

## 4 Contrôle des résultats

Le traitement ne doit être poursuivi que lorsqu'un contrôle effectué dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40 % du LDL-C par rapport à la valeur initiale ou qu'une valeur de LDL-C < 1.4 mmol/l a été atteinte.

En cas de traitement antérieur par d'autres inhibiteurs de PCSK9, la valeur initiale correspond à la valeur du LDL-C sous traitement antérieur avant le traitement par l'autre inhibiteur de PCSK9.

Date de début du traitement  
par Repatha®

Valeur de LDL-C atteinte  
avec Repatha®

mmol/l

Date de la  
mesure



Réduction du LDL-C  $\geq$  40 % par rapport à la valeur initiale *et / ou* LDL-C < 1.4 mmol/l

## Médecin

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie / endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste correspondante de ces experts est disponible sur [www.bag.admin.ch/sl-ref](http://www.bag.admin.ch/sl-ref).

Nom / Prénom

En cas de l'hôpital: Nom de l'hôpital et du service

Rue

NPA / Localité

Téléphone

GLN / RCC

E-mail

Date

Signature

L'information professionnelle actuelle du Repatha® (evolocumab) est disponible sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

CHE-145-0324-80003