

REMBOURSEMENT DE PRALUENT® (ALIROCUMAB)

Pas de demande de prise en charge des coûts nécessaire

Depuis le 1^{er} décembre 2022, une demande de prise en charge des coûts ne doit plus être adressée au préalable à l'assurance maladie. Si vous souhaitez néanmoins faire une demande écrite, vous pouvez utiliser ce document.

Vous trouverez la limitatio de Praluent® sur la liste des spécialités: <http://www.listedesspecialites.ch>

Données médicales (exclusivement destinées au médecin-conseil)

Nouveau patient

Contrôle des résultats
(remplir la partie 3)

Date du début du traitement
avec PRALUENT® :

1. Anamnèse

Prévention secondaire: Patient·e·s adultes après un événement cardiovasculaire ischémique athérosclérotique cliniquement manifeste

LDL-C sous traitement antérieur > 1.8 mmol/L

OU

Prévention primaire: Patient(e)s adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère

LDL-C sous traitement antérieur > 2.6 mmol/L

LDL-C avant
l'initiation de PRALUENT®: mmol/L

Date de la
mesure :

2. Traitement antérieur

a) Régime alimentaire complémentaire

b) Traitement pendant au moins **3 mois**, avec au moins **2 statines différentes** à la dose maximale tolérée, avec ou sans ézétimibe

OU

En cas d'intolérance avérée aux statines[#]: Traitement sous **ézétimibe** depuis au moins **3 mois**, avec ou sans autre médicament hypolipémiant

Veillez indiquer les statines utilisées :

Principe actif	Dosage (maximal toléré)
Statine 1	
Statine 2	

Preuve d'intolérance aux statines[#]

- Myalgie
 Augmentation CK > 5 × ULN
 Hépatopathie sévère
 Myalgie

[#] Une intolérance aux statines est considérée comme avérée si une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou à une augmentation de la créatine kinase (CK) d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou si une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

3. Résultats thérapeutiques avec PRALUENT® dans les 6 mois

La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle 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 sous traitement hypolipémiant intensif maximal[‡] ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.4 mmol/L a été atteinte.

LDL-C sous PRALUENT® :

mmol/L

Date de la mesure :

Réduction du LDL-C vs. valeur initiale ≥ 40%

ET/OU

Valeur de LDL-C < 1.4 mmol/L atteinte

CK = créatinine kinase; **LDL-C** = cholestérol à lipoprotéines de basse densité; **ULN** = upper limit of normal (limite supérieure de la normale).

[‡] Chez les patient.e.s ayant antérieurement reçu un traitement par un inhibiteur de la PCSK9 ou un réducteur de la PCSK9 (Inclisiran), la valeur initiale est la valeur de LDL-C sous traitement hypolipémiant maximal avant le traitement par inhibiteur de la PCSK9 / réducteur de la PCSK9.

Praluent® PA: alirocumab. I: en complément d'un régime alimentaire et d'une statine à la dose maximale tolérée +/- autre traitement hypolipémiant chez l'adulte présentant une hypercholestérolémie (incluant l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote) nécessitant une réduction complémentaire du cholestérol LDL-C. Réduction du risque d'événements cardiovasculaires (IM, AVC ischémique, AI nécessitant une hospitalisation) chez les patients à risque cardiovasculaire élevé. **P:** dose initiale recommandée (injection s.c.) 75 mg. Autres dosages: 300 mg 1x toutes les 4 semaines ou dose maximale 150 mg 1x toutes les 2 semaines. **CI:** hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **MP:** réactions allergiques générales, y compris le prurit, l'hypersensibilité, l'eczéma nummulaire, l'urticaire et la vascularite d'hypersensibilité; en cas de réactions allergiques graves arrêter le traitement. Des angiocédèmes ont été rapportés dans le cadre d'études observationnelles. **IA:** pas d'effet pharmacocinétique sur d'autres médicaments. Pas d'influence sur l'efficacité par des thérapies qui accroissent PCSK9 (comme les statines et autres hypolipémiants). **EI:** réactions au site d'injection, symptômes des voies aériennes supérieures, douleurs musculosquelettiques, prurit, diarrhée, infection des voies urinaires. **Pr:** solution de 75 mg à injecter en stylo pré-rempli, boîtes de 1,2 ou 6 stylos. Solution de 150 mg à injecter en stylo pré-rempli, boîtes de 2 ou 6 stylos. **Cat.rem.:** B*. **Tit.AMM:** sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. **M&J:** avril 2023. Pour de plus amples informations, voir l'information destinée aux professionnels sur www.swissmedinfo.ch.

REMBOURSEMENT DE PRALUENT[®] (ALIROCUMAB)

Pas de demande de prise en charge des coûts nécessaire

Données personnelles du patient (de la patiente)

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA :

Ville :

Date de naissance :

Assurance maladie

Nom :

Complément d'adresse (médecin-conseil) :

Adresse de l'assurance :

N° de l'assuré(e) :

NPA :

Ville :

Médecin traitant

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 de ces experts est disponible à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/sl-ref

Spécialité FMH :

Nom :

Prénom :

Titre :

Adresse :

Complément d'adresse :

NPA :

Ville :

Tel. :

Fax :

Email :

Si à l'hôpital, ajoutez le nom de l'hôpital :

Département :

Date :

Signature :