

DOKUMENTATION zur ERSTATTUNG von PCSK9-Inhibitoren

PATIENT/IN	
Name
Vorname
Geb.Dat.

(Abbildung der Erstattungs-Regeln vom 01. Juli 2017)

JA	NEIN*	Dokumentation zur Vervollständigung durch den ZUWEISER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primäre Hypercholesterinämie; Sekundärprevention nach diagnostisch gesichertem akutem atherosklerotisch-ischämischem vaskulärem Ereignis <i>Ereignis KHK / zAVK / pAVK</i> Datum Daher sehr hohes kardiovaskuläres Risiko
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LDL-C ≥100 mg/dl unter maximal tolerierbarer Kombinationstherapie LDL-C, am unter folgender Therapie, welche mindestens 3 Monate eingenommen wurde: Atorvastatin mg, seit oder <input type="checkbox"/> nicht toleriert Rosuvastatin mg, seit <input type="checkbox"/> nicht toleriert + Ezetimibe 10 mg, seit (zwingend) <input type="checkbox"/> nicht toleriert bei anderer Therapie: letzte maximal tolerierte Behandlung (≥ 3 Monate):statin mg, seit + Ezetimibe 10 mg, seit (zwingend) <input type="checkbox"/> nicht toleriert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es besteht eine Statin-Unverträglichkeit oder Kontraindikation (letztere unten ausführen) Unter folgenden Statinen (incl. Atorva und Rosuva) bestanden Unverträglichkeiten (nachgewiesen z.B. bei Myopathie mit CK >5x oberer Normwert oder schwerer Hepatopathie mit GPT >3x oberer NW) Atorvastatin mg <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Hepatopathie CK/GPT U/l am Rosuvastatin mg <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Hepatopathie CK/GPT U/l am mg <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Hepatopathie CK/GPT U/l am mg <input type="checkbox"/> Myalgie <input type="checkbox"/> Hepatopathie CK/GPT U/l am
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Professionelle Ernährungsberatung ist erfolgt am Arterieller Blutdruck ist kontrolliert: / gemessen am HbA1c (<8%): % am, oder <input type="checkbox"/> "ja" weil kein Diabetes Tabakrauchabstinenz <input type="checkbox"/> wird eingehalten <input type="checkbox"/> wird angestrebt

***Bei ≥1 "Nein" Begründung zur individuellen Genehmigung außerhalb der Erstattungskriterien:**

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Eine entsprechende Dokumentation liegt in meiner Ordination/Ambulanz auf und wird auf Anfrage jederzeit vorgelegt.

Wien, den

.....

Name, Unterschrift und Stempel (ZUWEISER)

Bitte den letzten Laborbefund incl. vollständigem aktuellem Lipidprofil der unterfertigten Checkliste beilegen!

PATIENTENETIKETT
ERSTVERORDNUNGSZENTRUM

ZENTRUM zur ERSTVERORDNUNG

Zentrum:

Adresse:

Kontakt:

Auf Basis der vom Zuweiser gemachten Angaben erfolgt die Erstverordnung von

- Praluent 75 mg OP1 à 2 Stck, S: alle 2 Wochen s.c.**
- Praluent 150 mg OP1 à 2 Stck, S: alle 2 Wochen s.c.**
- Repatha 140 mg OP1 à 2 Stck, S: alle 2 Wochen s.c.**

Kommentar zur ERSTVERORDNUNG:

Die **Familienanamnese** wurde erhoben

Wien, den

.....

**Name, Unterschrift und Stempel
(ZENTRUM zur ERSTVERORDNUNG)**

Telefon für Rückfragen