

Inclisiran (PCSK9 siRNA)

VERORDNUNGSFORMULAR

(Nach Vorgaben der Erstattungs-Regeln)

PATIENT/IN

Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

SV-Nummer:

Sekundärprävention nach akutem atherosklerotisch-ischämischem Ereignis

Ereignis KHK / zerebrale AVK / periphere AVK

Datum

.....
.....
.....

Lipidtherapie und LDL-Cholesterin

gem. Erstattungstext bei LDL-C ≥ 70 mg/dl; lt. ESC 2019 Leitlinien ist ein LDL-C < 55 mg/dl bzw. Non-HDL-C < 85 mg/dl UND mindestens 50% Senkung des LDL-Cholesterin anzustreben

LDL-C:, am

unter folgender maximal tolerierter oraler Therapie, welche mindestens 3 Monate eingenommen wurde:

Atorvastatin mg, seit oder nicht toleriert*

Rosuvastatin mg, seit nicht toleriert**

+ Ezetimibe 10 mg, seit nicht toleriert

Bei Statin-Unverträglichkeit:

* Atorvastatin Myalgie Hepatopathie CK/GPT U/l am

** Rosuvastatin Myalgie Hepatopathie CK/GPT U/l am

Myopathie gem. EKO jedenfalls nachgewiesen bei CK $> 5x$ oberer Normwert

Professionelle Ernährungsberatung ist erfolgt am

Arterieller Blutdruck ist kontrolliert: / gemessen am

HbA1c (<8%): % am, oder kein Diabetes

Tabakrauchabstinenz wird eingehalten wird angestrebt

Gegebenenfalls Begründung zur Einzelfallgenehmigung außerhalb der Erstattungskriterien:

Umstellung von PCSK9 monoklonalen Antikörpern wegen
 Unverträglichkeit von Evolocumab Alirocumab (Verdacht auf) Non-Adhärenz Patientenwunsch

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

....., den

Name, Unterschrift und Stempel (ZUWEISER)

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

ZENTRUM ZUR ERSTVERORDNUNG

PATIENTENETIKETT
ERSTVERORDNUNGSZENTRUM

Zentrum:

Adresse:

Kontakt:

Kommentar zur ERSTVERORDNUNG:

- Es handelt sich um eine primäre Hypercholesterinämie
 Die Familienanamnese wurde erhoben

**Auf Basis der vom Zuweiser gemachten Angaben erfolgt die Erstverordnung von Leqvio®
(Inclisiran) 284 mg.**

1. Injektion am (unverzüglich nach der Verordnung)
2. Injektion am (nach 3 Monaten)
jede weitere Injektion im Abstand von 6 Monaten

....., den

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

Telefon für Rückfragen