

Limitatio (v. elenco delle specialità: <http://www.spezialitaetenliste.ch/default.aspx>)

Generalità del/la paziente:

Cognome: Nome: Data di nascita:

Via: Complemento indirizzo:

NPA: Città:

Assicurazione malattia: N. assicurato:

Indirizzo assicurazione malattia (SMF o medico di fiducia) Complemento indirizzo:

NPA: Città:

Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

Prima prescrizione Il/la paziente viene già trattato/a con PCSK9i
 Data d'inizio del trattamento

In questo caso, inserire nei **Punti 1 a 3** i dati relativi **prima** dell'inizio del trattamento con PCSK9i e al **Punto 4** i dati relativi **dopo** 6 mesi con Praluent®

1. Anamnesi:

<input type="checkbox"/> Prevenzione primaria Paziente adulto/a con ipercolesterolemia familiare eterozigote grave	<input type="checkbox"/> Prevenzione secondaria (ASCVD) Paziente adulto/a con malattia cardiovascolare aterosclerotica clinicamente manifesta
<input type="checkbox"/> C-LDL >5.0 mmol/L	<input type="checkbox"/> C-LDL >3.5 mmol/L
<input type="checkbox"/> C-LDL >4.5 mmol/L Con almeno uno dei seguenti ulteriori fattori di rischio: <input type="checkbox"/> diabete mellito, <input type="checkbox"/> lipoproteina (a) elevata >50 mg/dl, <input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa elevata o <input type="checkbox"/> pregressa malattia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD) clinicamente manifesta (<55 anni negli uomini, <60 anni nelle donne)	<input type="checkbox"/> C-LDL >2.6 mmol/L con malattia cardiovascolare aterosclerotica clinicamente manifesta in progressione (ripetuta sindrome coronarica acuta, infarto del miocardio, ictus o ripetuta rivascularizzazione coronarica non programmata, nell'arco di 5 anni dopo il primo evento cardiovascolare)
Valore del C-LDL prima dell'inizio del trattamento: <input type="text"/> mmol/L	Data della misurazione: <input type="text"/>

2. Terapia precedente

per almeno 3 mesi alla dose massima tollerata di una terapia intensiva per l'abbassamento del C-LDL

Dieta in aggiunta al trattamento

	Principio attivo + dosaggio utilizzato	Durata del trattamento	Ezetimibe	Intolleranza alle statine
Statina 1			Facoltativo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Aumento della CK ad almeno 5xULN* <input type="checkbox"/> Epatopatia grave
Statina 2				<input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Aumento della CK ad almeno 5xULN* <input type="checkbox"/> Epatopatia grave
<input type="checkbox"/> Intolleranza alle statine Un'intolleranza alle statine risulta comprovata, quando <ul style="list-style-type: none"> • i tentativi terapeutici con diverse statine hanno provocato mialgie o • un aumento della creatinina chinasi (CK) superiore di almeno cinque volte rispetto al limite superiore di normalità oppure • la statina ha provocato un'epatopatia grave. 			Ezetimibe obbligatorio <input type="checkbox"/> Sì ulteriore ipolipemizzante facoltativo: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, quale: <input type="text"/>

3. Ulteriori fattori di rischio

Pressione arteriosa controllata HbA1c <7.5% Ricerca dell'astensione dalla nicotina

4. Risultato della terapia con Praluent® dopo 6 mesi

Il trattamento con Praluent può essere proseguito a condizione che, ad un controllo dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento, il C-LDL si sia ridotto almeno del 40% rispetto al valore iniziale, in associazione con la dose massima tollerata di una terapia intensiva per la riduzione dei lipidi, oppure sia stato raggiunto un valore del C-LDL inferiore a 1.8 mmol/L.

Valore del C-LDL nella terapia con Praluent®:

 mmol/L

Data della misurazione:

Riduzione del C-LDL vs. valore iniziale >40% e/o Raggiungimento di un valore di C-LDL <1.8 mmol/L

Medico richiedente:

La diagnosi e la prima prescrizione, nonché i controlli periodici devono essere effettuati da un medico con specializzazione FMH in angiologia, diabetologia/endocrinologia, cardiologia, nefrologia o neurologia. O da parte di esperti riconosciuti nel settore dell'ipercolesterolemia. La lista di questi esperti è disponibile all'indirizzo seguente: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

Specialista FMH:

Cognome:

Nome:

Titolo

Via:

Complemento indirizzo:

NPA:

Città:

Tel.:

Fax:

E-mail:

Esercitando in ospedale, aggiungere il nome dell'ospedale: Reparto:

Luogo, Data:

Timbro/firma:

Prima di inviare il modulo all'assicurazione malattia, assicurarsi di aver compilato tutti i campi.

* ULN = upper limit of normal (limite normale superiore)

SACH.ALI.17.06.0332