

Zuweisung: PCSK-9-Therapie-Eskalation

Datum: _____

Leqvio Praluent Repatha

PATIENT/IN

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name: _____ SV-Nummer: _____

Sekundärprävention nach akutem atherosklerotisch-ischämischem Ereignis
(koronar, zerebrovaskulär, peripher-arteriell)

Beschreibung: _____

LDL-C [mg/dl] _____ am _____

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

Atorvastatin _____ mg, seit _____ oder _____ nicht toleriert

Rosuvastatin _____ mg, seit _____ oder _____ nicht toleriert

+Ezetimib 10 mg, seit _____ oder _____ nicht toleriert

Beschwerden bei Unverträglichkeit:

Myalgie Hepatopathie CK/GPT U/l Sonstiges: _____

Umstellung bereits bestehender PCSK9-Therapie aufgrund von:

Unverträglichkeit (Verdacht auf) Non-Adhärenz

Patientenwunsch Sonstiges: _____

Sonstige Kriterien:

- Bei Diabetes mellitus: HbA1c < 8
- Patient Nichtraucher Raucherabstinenz wird angestrebt
- Professionelle Ernährungsberatung ist erfolgt
-

Notwendige Beilagen:

- Liste Dauermedikation
 - Aktueller Laborbefund mit Lipidprofil
-

ZUWEISER:

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.

Name, Unterschrift und Stempel

ZENTRUM FÜR PCSK-9-ERSTVERORDNUNG:

Auf Basis der hier erhaltenen Angaben wird die Indikation zur parenteralen PCSK-9-Lipithherapie:

- bestätigt**
- nicht bestätigt**

Name, Unterschrift und Stempel