

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 Unverträglichkeiten:

Myalgie Hepatopathie CK/GPT/U/I Sonstiges:

Umstellung bereits bestehender PCSK9-Therapie aufgrund von:

Unverträglichkeit (Verdacht auf) Non-Adhärenz

Patient*innenwunsch Sonstiges:

Sonstige Kriterien

Bei Diabetes Mellitus: HbA1c < 8

Patient*in 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