



## SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_  
Prénom Initial Nom de famille  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal  
Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENT DEMANDÉ

Alirocumab : <input type="checkbox"/> Stylo-injecteur de Praluent 75 mg/ml <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Praluent 75 mg/ml <input type="checkbox"/> Stylo-injecteur de Praluent 150 mg/ml <input type="checkbox"/> Seringue préremplie de Praluent 150 mg/ml	Evolocumab : <input type="checkbox"/> Seringue/auto-injecteur de Repatha 140 mg/ml
---	--

Directives (c.-à-d. renseignements sur l'ordonnance) \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement où le traitement sera administré (p. ex. domicile, bureau du médecin, clinique spécialisée, hôpital) \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Durée estimée du traitement (le maximum admissible est d'un an avant que le renouvellement soit requis) \_\_\_\_\_

Poids actuel du patient \_\_\_\_\_ Le patient a-t-il des allergies médicamenteuses pertinentes?  Oui  Non

Nature des allergies, s'il y a lieu \_\_\_\_\_

Quel est le diagnostic du patient?

**Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse**

**Hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe) confirmée au moyen des critères de Simon Broome :**

Valeur du cholestérol LDL > 4,9 mmol/L PLUS au moins l'un des éléments suivants :

- Constatations physiques = xanthomes tendineux, ou xanthomes tendineux chez un parent au premier ou deuxième degré; OU
- Test d'ADN qui démontre une mutation du récepteur des LDL, une déficience familiale en apo B-100, ou une mutation du gène PCSK9; OU
- Antécédents familiaux d'infarctus du myocarde avant l'âge de :
  - 50 ans, chez un parent au premier ou deuxième degré
  - 60 ans, chez un parent au premier degré

**Hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) confirmée ainsi :**

Patient a des données documentées qui affichent une valeur du cholestérol LDL > 13 mmol/L lors du diagnostic

PLUS l'un des éléments suivants :

- Médecin a fourni un test d'ADN qui révèle la présence de deux allèles mutés pour confirmer le diagnostic; OU
- Xanthomes tendineux présents chez le patient; OU
- Évidence d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote chez les deux parents.

**Veillez fournir la documentation nécessaire pour confirmer la présence de HFHe ou de HFHo et joindre les résultats de toute investigation connexe ou formule sanguine complète.**

Le patient a-t-il des antécédents documentés de l'un des événements cardiovasculaires suivants?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez cocher toutes les réponses pertinentes et fournir la documentation appropriée :

- Syndrome coronarien aigu
- Infarctus du myocarde
- Angine stable/instable
- Accident ischémique transitoire
- Maladie artérielle périphérique présumée être d'origine athéroscléreuse
- Revascularisation coronarienne ou artérielle
- Observations découvertes lors d'une angiographie par tomographie assistée par ordinateur ou cathétérisme avec manifestations cliniques de la maladie cardiovasculaire athéroscléreuse

**SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)****TRAITEMENTS ACTUELS ET PASSÉS PERTINENTS**

Nom de la statine	Posologie	Date de début (MMM/AAAA)	Date de fin (MMM/AAAA)	<b>Réponse du patient ou raison de l'interruption</b> (indiquez les détails relatifs à l'intolérance/l'échec aux doses maximales)
				<input type="checkbox"/> Myopathie ou myalgie persistante (douleur musculaire, douleur musculaire continue ou faiblesse musculaire sans élévation de la CK) durant au moins 2 semaines. <input type="checkbox"/> Myosite (symptômes musculaires avec élévation de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Rhabdomyolyse (symptômes musculaires avec élévation importante de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Autre :
				<input type="checkbox"/> Myopathie ou myalgie persistante (douleur musculaire, douleur musculaire continue ou faiblesse musculaire sans élévation de la CK) durant au moins 2 semaines. <input type="checkbox"/> Myosite (symptômes musculaires avec élévation de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Rhabdomyolyse (symptômes musculaires avec élévation importante de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Autre :
				<input type="checkbox"/> Myopathie ou myalgie persistante (douleur musculaire, douleur musculaire continue ou faiblesse musculaire sans élévation de la CK) durant au moins 2 semaines. <input type="checkbox"/> Myosite (symptômes musculaires avec élévation de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Rhabdomyolyse (symptômes musculaires avec élévation importante de la CK). Indiquez les niveaux de CK. <input type="checkbox"/> Autre :

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Veillez fournir ou joindre tous les renseignements cliniques démontrant la nécessité médicale du traitement pharmacologique demandé, y compris tout résultat de test de laboratoire qui pourrait justifier le choix de ce traitement :

**À noter que nous pourrions avoir besoin de renseignements supplémentaires pour déterminer l'admissibilité du patient.**

Signature du médecin prescripteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA