

# DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LA PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENTS HYPOCHOLESTÉROLÉMIANTS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT
N° d'assuré <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Nom marital <input type="text"/>
Nom marital <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>
Nom <input type="text"/>	Prénom(s) <input type="text"/>
Prénom(s) <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>jour mois année</small>
Date de naissance <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>jour mois année</small>	Code Longue Maladie <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> CAFAT <input type="checkbox"/> AIDE MÉDICALE	Médecin référent <input type="text"/>

Le remboursement de certains médicaments hypocholestérolémiants (EZETIMIBE-ASSOCIATION FIXE EZETIMIBE+SIMVASTATINE-ROSUVASTATINE) est soumis à l'accord du Contrôle Médical de la CAFAT.

Le médecin prescripteur doit établir la présente demande **une seule fois** pour tout traitement en cours d'un des trois médicaments suivants :

- Ezétimibe seul
- Ezétimibe en association fixe avec de la simvastatine
- Rosuvastatine

Chacun de ces médicaments devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable distincte.

Soin en rapport avec une Longue Maladie :     Oui     Non

**■ EZETIMIBE**

**Posologie :**  comprimés / jour      **Durée de traitement :**  mois

**Pathologie :**  
 Hypercholestérolémie primaire     Hypercholestérolémie familiale homozygote     Hypercholestérolémie familiale hétérozygote     Sitostérolémie

**Traitement :**  
 Le patient reçoit-il déjà un traitement par statines ?     Oui     Non  
 Le taux de LDL-cholestérol cible est-il atteint ?     Oui     Non

**Contre-indications et/ou intolérance aux statines ?**  
 Oui     Non

**■ EZETIMIBE & SIMVASTATINE**

**Dosage :**     10/20 mg     10/40 mg

**Posologie :**  comprimés / jour      **Durée de traitement :**  mois

**Pathologie :**  
 Hypercholestérolémie primaire     Hypercholestérolémie familiale homozygote     Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

**Traitement :**  
 Le patient reçoit-il déjà un traitement par statines ?     Oui     Non  
 Le taux de LDL-cholestérol cible est-il atteint ?     Oui     Non

## ■ ROSUVASTATINE

**Dosage :**  5 mg    10 mg    20 mg

**Posologie :**   comprimés / jour   **Durée de traitement :**   mois

### Pathologie :

Hypercholestérolémie familiale homozygote    Autres hypercholestérolémie et prévention risque cardiovasculaire

Le taux de LDL-cholestérol est :  Inférieur à 2,0g/L    Compris entre 2,0g/L et 2,2g/L    Supérieur ou égal à 2.3g/L

### Facteur de risques :

Âge : 50 ans ou + chez l'homme, 60 ans ou + chez la femme

Antécédent familiaux de maladie coronarienne précoce<sup>(1)</sup>

Diabète de type 2, traité ou non

Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

Risque d'événement cardiovasculaire > 20% dans les 10 ans

Antécédent d'événement cardiovasculaire<sup>(2)</sup>

Atteinte rénale du diabète de type 2

Micro-albuminurie > 30mg/24h

### Facteur protecteurs :

HDL-cholestérol > 0.60g/L (1.5mmol/L)

**Contre-indications et/ou intolérance aux statines :**  Non

Si oui, préciser :  A l'atorvastatine    A la pravastatine    A la simvastatine

*(1) Infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin, avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin*

*(2) Maladie coronarienne avérée, antécédents d'AVC, artériopathie oblitérante des membres inférieurs*

## OBSERVATIONS DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Signature et cachet

Le         
jour mois année

## OBSERVATIONS DU CONTRÔLE MÉDICAL

AVIS FAVORABLE

REJET

Signature et cachet

Le         
jour mois année