

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ALIROCUMAB

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-01-2024
NUMMER: 166

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALIST
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, cardioloog of internist of kinderarts 'metabole ziekten', verklaart alirocumab te hebben voorgeschreven aan deze verzekerde:			kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare orale lipidenverlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt conform de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2	en met voldoende hoog risico voor : <ul style="list-style-type: none"> Een heterozygote familiale hypercholesterolemie óf een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart-en-vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn 	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		XO
3	in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering* óf met enkel ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering* indien er sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie: statinegeassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022). 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36	XO

* Er is sprake van een ezetimib intolerantie (maximaal verdraagbare dosering is 0 mg) indien na minstens 4 weken onoverkomelijke bijwerkingen van ezetimib blijven bestaan.

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

 naam:
 praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-
HOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apothekinstructie is:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB-code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 166** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

